

Copertura Sanitaria PREVISALUTE Società di Mutuo Soccorso per FIBA Cisl

Contratto di Assicurazione per il rimborso
delle spese mediche da malattia e da infortunio
per la categoria iscritti e già iscritti a FIBA Cisl

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

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

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

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la
Nota Informativa**

Edizione 23/10/2014

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico

NOTA INFORMATIVA

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2013

Patrimonio netto:	€ 33.451.928,00
di cui - capitale sociale:	€ 20.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 8.363.904,00
Indice di solvibilità ² :	216%

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 - art. 3 delle CGA).

Il contratto prevede il tacito rinnovo, salvo eventuale richiesta di disdetta, pertanto, qualora non disdettato 30 giorni prima della scadenza triennale, la copertura si intende rinnovata per la successiva annualità alle medesime condizioni vigenti nel terzo anno e così via (vedi - art. 6 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.) ed Extraospedaliere, ossia Alta Specializzazione (Alta Diagnostica), Visite ed accertamenti, Cure Oncologiche e Perdita di autosufficienza - LTC (vedi art. 16 delle CGA ed Allegato 2).

In caso di ricovero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura prevede il pagamento di un'indennità prestabilita per ogni giorno di ricovero (vedi punto 5 dell'art. 16 delle CGA ed Allegato 2).

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.

Avvertenza: la copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza (vedi art. 17 delle CGA), prevede esclusioni (vedi art. 19 delle CGA) e cause di non assicurabilità (vedi art. 20 delle CGA).

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo per il totale degli indennizzi di ogni garanzia (vedi art. 16 delle CGA ed Allegato 2). Ad esempio, qualora il massimale della garanzia "Visite ed accertamenti" dell'opzione BASE fosse di € 1.000,00 per nucleo titolare, il totale degli indennizzi in un anno non potrà superare tale importo.

Avvertenza: La copertura prevede franchigie e scoperti (vedi art. 16 delle CGA ed Allegato 2). Ad esempio:

- a) Qualora la garanzia Ospedaliere preveda per ricoveri in clinica privata ed equipe non convenzionati a rimborso scoperto 10% minimo € 1.000 massimo Euro 2.500:
a fronte di una spesa per Prestazioni Ospedaliere di Euro 22.000 complessivi, con struttura non convenzionata (costo euro 9.000) e con medici non convenzionati (euro 13.000) per "intervento di protesizzazione di anca" verranno riconosciuti Euro 19.800 complessivi, in quanto
 - spese struttura e spese dell'equipe non convenzionata: verranno riconosciuti con applicazione del 10% minimo € 1.000 massimo € 2.500 ossia Euro 19.800;
- b) a fronte di una spesa per prestazione di Alta specializzazione di € 400,00 a rimborso verranno rimborsate € 320,00 (essendo € 80,00 il 20% della somma spesa). Se invece la spesa fosse di € 120,00, verranno rimborsati € 80,00 (essendo € 24,00 il 20% della somma spesa ma tale importo risulta inferiore al minimo di franchigia di € 40,00).

Avvertenza: sono previsti limiti massimi di età assicurabile (vedi 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).

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

Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato 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 (vedi art. 1 delle CGA).

Avvertenza: è necessario che le dichiarazioni relative allo stato di salute effettuate nel Questionario Sanitario siano assolutamente precise e veritiere. In caso contrario la copertura potrebbe essere nulla.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Ad esempio, in caso di trasferimento della residenza si può verificare un aggravamento del rischio che va comunicato (vedi art. 8 e 10 delle CGA).

7. Premi

Il premio dovrà essere versato dall'Aderente al Contraente, e da questo alla Società, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario.

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

All'atto dell'iscrizione, a causa dei tempi previsti per l'attivazione della procedura SEPA per l'addebito in conto corrente della disposizione periodica per i mesi successivi, devono essere pagate tre mensilità anticipate.

Si precisa che tale procedura è valevole anche per i versamenti del premio pro-rata nel caso di adesioni avvenute in corso d'anno.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

9. Diritto di recesso

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

Avvertenza: Il Contraente ha sempre la facoltà di disdire allo dal contratto senza oneri, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza triennale della polizza (vedi art. 6 delle CGA).

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

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

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

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

12. Regime fiscale

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

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: la data del sinistro è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio; 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'assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità; la Compagnia può richiedere che l'assicurato sia visitato da un proprio fiduciario (vedi art. 22 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, MISTA E REGIME RIMBORSUALE").

14. Assistenza diretta - Convenzioni

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

Avvertenza: In caso di prestazione mista ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società provvederà al pagamento diretto per le sole spese relative la struttura, mentre per gli onorari medici fuori convenzione alla successiva liquidazione in forma rimborsuale. 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, MISTA E REGIME RIMBORSUALE”).

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

15. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. – Ufficio Gestione Reclami – Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) – loc. Borgo Verde, oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all’indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

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’IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) – Servizio Tutela Utenti - Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma oppure inviare fax ai numeri 06-42133745 o 06-42133353, corredando l’esposto con la seguente documentazione:

- nome, cognome ed indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l’operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all’impresa di assicurazione e dell’eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

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

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

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

16. Arbitrato

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

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



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

Il rappresentante legale

GLOSSARIO

Assistito: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero l'Assicurato/Associato.

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

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

Associato: il soggetto iscritto o "già iscritto" a FIBA Cisl (vedi art. 4.1 delle CGA) che aderisca alla Cassa per beneficiare del presente piano sanitario.

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

Cassa/Fondo: PREVISALUTE Società di Mutuo Soccorso – Via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso – P.IVA 94150010265 - soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Centro Medico: struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

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

Chirurgia Bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente: Previsalute Società di Mutuo Soccorso, via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 94150010265, soggetto promosso dal Gruppo RBHold, gruppo al quale appartiene RBM Salute, e avente finalità assistenziale ed abilitato ad assumere la contraenza del programma sanitario anche ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'ex art. 15, com.1, lett. i-bis del TUIR 917/86 e FIBA Cisl, soggetti che stipulano l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che sono responsabili del versamento del premio

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

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

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

Evento/Data Evento:

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

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

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

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

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

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

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

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

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

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

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

LTC - Long Term Care: Stato di non autosufficienza "consolidato/permanente"

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

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

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

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

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

Nucleo familiare: il coniuge, il convivente more uxorio ed i figli fiscalmente a carico, anche se non residenti purché entro i 26 anni di età. Viene, altresì, considerato nucleo familiare l'unione di due persone maggiorenni e capaci, anche dello stesso sesso, unite da reciproci vincoli affettivi, che convivono stabilmente si prestano assistenza e solidarietà materiale e morale, non legate da vincoli di matrimonio, parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela, o amministrazione di sostegno. L'esercizio dei diritti e delle facoltà previste dalla presente, presuppone l'attualità della convivenza.

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

Prestazioni miste: prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network Previmedical, ma da professionisti non convenzionati.

Protesi acustiche: sostituzione artificiale, variamente composta e lavorata, di parte dell'orecchio, per ragioni funzionali, pertinente all'anatomia o alla struttura dell'organismo.

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

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

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata

alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

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

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

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

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

Società: RBM Salute S.p.A.

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

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

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente 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 prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

SOMMARIO

Nota Informativa:

-
- Glossario
-

Condizione di Assicurazione comprensive di:

- SEZIONE I

- Condizioni Generali di Assicurazione
 - Descrizione delle Prestazioni Assicurate
 - Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione
 - Liquidazione dell'indennizzo
-

- SEZIONE II

- Servizi aggiuntivi Previmedical
-

- ALLEGATI

- 1) Elenco Grandi Interventi
 - 2) Programma Copertura Rimborso spese mediche per gli Associati alla FIBA CISL
 - 3) Questionario Sanitario di II Livello
 - 4) Guida alle prestazioni sanitarie - Regime di assistenza diretta, mista e regime rimborsuale
 - 5) Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)
 - 6) Informativa relativa alle aree web riservate attivate ai sensi del Provvedimento IVASS n.7 del 16 luglio 2013
-

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

Polizza Rimborso Spese Mediche da Malattia e da Infortunio

Condizioni di Assicurazione

GLOSSARIO

Assistito: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero l'Assicurato/Associato.

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

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

Associato: il soggetto iscritto o "già iscritto" a FIBA Cisl (vedi art. 4.1 delle CGA) che aderisca alla Cassa per beneficiare del presente piano sanitario.

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

Cassa/Fondo: PREVISALUTE Società di Mutuo Soccorso – Via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso – P.IVA 94150010265 - soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Centro Medico: struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

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

Chirurgia Bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente: Previsalute Società di Mutuo Soccorso, via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 94150010265, soggetto promosso dal Gruppo RBHold, gruppo al quale appartiene RBM Salute, e avente finalità assistenziale ed abilitato ad assumere la contraenza del programma sanitario anche ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'ex art. 15, com.1, lett. i-bis del TUIR 917/86 e FIBA Cisl, soggetti che stipulano l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che sono responsabili del versamento del premio

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

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

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

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie)

La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

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

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

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

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

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

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

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

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

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

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

LTC - Long Term Care: Stato di non autosufficienza "consolidato/permanente"

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

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

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

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

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

Nucleo familiare: il coniuge, il convivente more uxorio ed i figli fiscalmente a carico, anche se non residenti purché entro i 26 anni di età. Viene, altresì, considerato nucleo familiare l'unione di due persone maggiorenni e capaci, anche dello stesso sesso, unite da reciproci vincoli affettivi, che convivono stabilmente si prestano assistenza e solidarietà materiale e morale, non legate da vincoli di matrimonio, parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione affiliazione, tutela, curatela, o amministrazione di sostegno. L'esercizio dei diritti e delle facoltà previste dalla presente, presuppone l'attualità della convivenza.

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

Prestazioni miste: prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network Previmedical, ma da professionisti non convenzionati.

Protesi acustiche: sostituzione artificiale, variamente composta e lavorata, di parte dell'orecchio, per ragioni funzionali, pertinente all'anatomia o alla struttura dell'organismo.

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

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

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

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

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

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

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

Società: RBM Salute S.p.A.

Stato di non autosufficienza: "consolidato/permanente" situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assistito, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

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

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente 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 prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

Sezione I

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

2. Altre assicurazioni/coperture

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

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'assistito con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Fatto salvo il diritto di regresso della Società.

3. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

La presente copertura ha una **durata triennale** con decorrenza dalle ore 00.00 del giorno 01/02/2015 e scadenza alle ore 00.00 del giorno 01/02/2018 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

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

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

Il premio dovrà essere versato dall'Aderente al Contraente, e da questo alla Società, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario.

Per le modalità di iscrizione, si rimanda all'art. 7 "Premi" della Nota Informativa.

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

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

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

3.1 Dichiarazione di avvenuto versamento del contributo al Contraente

Il Contraente si impegna a fornire ad ogni iscritto una dichiarazione attestante l'avvenuto incasso del contributo associativo versato alla Società di Mutuo Soccorso, ai fine di poter beneficiare della detrazione d'imposta pari al 19%, per un importo non superiore a € 1.291,14 (art. 15, com.1, lett. i-bis del TUIR 917/86).

4. Persone Assicurabili

L'assicurazione è prestata a favore di Assistiti con residenza in Italia, iscritti o già iscritti a FIBA Cgil, (come definiti al successivo art. 4.1) nonché dei relativi familiari come identificati nella definizione di nucleo familiare.

Vi è l'obbligo della compilazione e sottoscrizione del questionario sanitario per coloro che hanno un'età compresa tra i 72 e i 75 anni e che scelgono l'opzione Base Single, ad eccezione di quelli che, già iscritti alle convenzioni FIBA, fanno richiesta di adesione alla presente polizza.

4.1 Adesione Volontaria

Con la firma della presente polizza, FIBA e la Cassa intendono dare vita ad un accordo ad adesione volontaria vincolato alla pre-adesione, articolata in più punti e riservata a tutti gli aderenti a FIBA e loro familiari (ove previsto) oppure già aderenti alla Fiba/Cisl medesima ma non più iscritti in ragione dei raggiunti limiti di età. Qualora non venisse rinnovata/accettata l'iscrizione alla FIBA, il socio non potrà usufruire delle garanzie previste dalla presente polizza. In questo caso, l'ex iscritto FIBA potrà richiedere l'ammissione alla mutua come Socio Ordinario, Per aderire alla presente polizza, verrà richiesta documentazione attestante l'appartenenza e/o attestazione di parentela (qualsiasi documento comprovante l'effettiva parentela o stato).

5. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

5.1 Nuove inclusioni

Nel caso di nuove inclusioni, la garanzia per l'assicurato decorre dal giorno dell'inclusione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni; qualora l'inclusione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dalle 00 del giorno successivo alla comunicazione alla Società.

Per le inclusioni avvenute successivamente alla data di validità della polizza (art. 3 delle CGA) il premio verrà pagato con modalità pro-rata e versamento anticipato, per i mesi di effettiva copertura, fino alla scadenza della polizza.

5.2 Inclusione di Familiari in corso d'anno

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita ai familiari a carico e non a carico come soggetti per i quali si ha diritto alla detrazione per carichi fiscali. La comunicazione alla Società delle inclusioni deve avvenire entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento: in difetto l'assicurazione entrerà in vigore dalle 00 del giorno successivo alla comunicazione alla Società.

Si precisa che l'adesione del familiare è obbligatoria qualora di scelga l'opzione nucleo.

La modifica (acquisto o perdita) delle condizioni reddituali previste per la sussistenza a carico di un familiare assicurato avvenuta nel corso di un anno assicurativo non produce effetti sui premi per il residuo periodo del medesimo anno assicurativo.

5.3 Esclusioni in corso d'anno

In caso di esclusione di Assistiti in corso d'anno la copertura è operante fino alla prima scadenza utile.

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in conseguenza delle inclusioni e ai passaggi avvenuti nel corso dell'anno.

In caso di aumento del numero di nuclei assicurati il Contraente è tenuto a pagare la rata di rinnovo aumentata in relazione allo stato del rischio comunicato in corso d'anno e/o al termine dell'annualità assicurativa.

6. Tacito rinnovo

Ad ogni annualità assicurativa viene applicata la Clausola di Andamento Tecnico di cui al successivo art. 21 delle CGA.

Allo scadere del terzo anno, in mancanza di disdetta da parte del Contraente o della Società, mediante preavviso di 30 giorni con lettera raccomandata, essa si intende prorogata per un anno alle medesime condizioni vigenti nel terzo anno e così di seguito.

7. Estensione Territoriale

La polizza è valida per gli assistiti residenti in Italia.

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

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

8. Forma delle comunicazioni

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

9. Obblighi di consegna documentale a carico del Contraente

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assistito per il tramite dell'Azienda Associata i seguenti documenti:

- a) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali),
- b) Condizioni di Assicurazione.

Una copia dell'Informativa Privacy sottoscritta dall'Assistito ed acquisita per il tramite dell'Azienda Associata dovrà essere presentata alla Società, qualora questa ne faccia richiesta, dalla Contraente che ne otterrà copia da parte dell'Azienda Associata.

10. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario,
 - modifiche statutarie attinenti il cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale,
 - trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso,
- la Società, entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione, renderà al Contraente un'informativa di dettaglio.

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

11. Assicurazione per conto altrui

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

12. Imposte

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

13. Foro Competente

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

- tra la Società e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito o dell'avente diritto;
- tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo ove ha sede la Società.

14. Controversie

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

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

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, individuata secondo le previsioni dell'art. 13 "Foro competente" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

15. Rinvio alle Norme di Legge

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

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

16. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle singole opzioni delle tabelle riassuntive denominate "PROGRAMMA COPERTURA RIMBORSO SPESE MEDICHE PER GLI ASSOCIATI ED I GIA' ASSOCIATI ALLA FIBA CISL" il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assistito durante l'operatività del presente Contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio.

Si precisa inoltre che, per inclusioni pro-rata avvenute in corso d'anno tutti i massimali verranno così calcolati:

- **Massimali al 100% per gli inserimenti effettuati nel 1° semestre di copertura;**
- **Massimali al 50% per gli inserimenti effettuati nel 2° semestre di copertura.**

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) OSPEDALIERE

1) Ricovero con e senza intervento chirurgico, effettuato in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale

Prima del ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro il numero di giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico;

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;
- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente;
- l'assistenza medica ed infermieristica anche a domicilio, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi;

Dopo il ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche anche a domicilio, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro il numero di giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

Trapianti

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi.

Chirurgia Refrattiva (garanzia valida se indicato il relativo sub-massimale)

Sono riconosciute le spese limitatamente agli interventi effettuati:

- a) in caso di anisometropia superiore a tre diottrie (presente prima della correzione laser di uno degli occhi);
- b) in caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio.

2) Ricovero per Grande Intervento Chirurgico (garanzia valida se indicato il relativo sub-massimale)

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto "durante il ricovero".

3) Degenza in regime di Day Hospital

Durante la degenza

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1 “durante il ricovero”. Sono esclusi i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Prima e dopo la degenza (esclusivamente in caso di intervento chirurgico)

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche sostenuti entro il numero di giorni precedenti e successivi alla degenza, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario la stessa.

4) Parto Naturale, Parto Cesareo ed Aborto

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1 “prima del ricovero”, “durante il ricovero” e “dopo il ricovero”, entro i relativi sub-massimali indicati in polizza. Con riferimento al Parto Cesareo, le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocèle, ernia ombelicale, ecc.) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto Cesareo stesso.

5) Indennità sostitutiva

Qualora l'Assistito non richieda alcun rimborso per spese sostenute durante il ricovero, la Società corrisponde un'indennità, indicata in polizza per ciascun giorno di ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

La Società rimborsa le stesse prestazioni descritte al punto 1 “prima del ricovero” e “dopo il ricovero”, sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Relativamente alle garanzie sopra descritte, si precisa inoltre quanto segue:

- Le spese relative a ricoveri c.d. impropri, non potranno essere riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extraospedaliere qualora previste e indennizzabili a termini di polizza.
- Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito SSN, i ticket sono rimborsati al **100%**.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B) ALTA SPECIALIZZAZIONE

Alta Diagnostica (garanzia valida se espressamente richiamata nell'opzione prescelta)

- Angiografia

- Flebografia
- Scintigrafia
- Risonanza magn. Nucleare RMN
- Artografia
- Broncografia
- Mammografia
- Mielografia
- Urografia
- Tomografia ass.le comp.ta TAC
- Arteriografia digitale
- Broncoscopia
- Cistografia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e color doppler)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Radiofrenogramma
- Dialisi
- Amniocentesi
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Diagnostica radiologica
- Ecografia
- Laser terapia
- Telecuore
- Gastrosopia
- Rettoscopia
- Esofagogastroduodenoscopia
- EGDS (esofago scopia+gastrosopia+duodeno scopia)
- Radiofrenogramma
- Urografia

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al **100%**.

C) Visite ed accertamenti

Sono riconosciute le spese di seguito indicate con esclusione delle prestazioni indicate al punto B:

- Visite specialistiche (escluse odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche);
- accertamenti diagnostici;
- assistenza infermieristica a domicilio;

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al **100%**.

D) Ticket per Cure oncologiche

Sono rimborsabili le spese relative a chemioterapia e terapie radianti. Si intendono inclusi in garanzia le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche) solo nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN.

E) Perdita di autosufficienza – LTC (Long Term Care)

Oggetto della garanzia

La garanzia opera in caso d'infortunio o malattia per il quale derivi all'Assistito la perdita di autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta nel capoverso successivo) in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni. Lo stato di non autosufficienza deve verificarsi successivamente al settantesimo anno d'età (e comunque entro l'ottantesimo anno d'età) o, se successiva, alla data di inizio copertura per l'Assistito e durante il periodo di copertura della presente convenzione

La Società rimborserà, nel limite annuo indicato nella Schede Riassuntive (opzioni), le spese regolarmente documentate, relative a personale medico od infermieristico qualificato, sostenute per l'assistenza sanitaria al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'Assistito non autosufficiente, o per prestazioni della medesima natura erogate presso strutture residenziali e semi-residenziali legalmente autorizzate. Le spese sopra citate saranno rimborsate solo se sostenute per prestazioni effettuate nel periodo di vigenza della copertura.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione. La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza è di 40 punti.

Farsi il bagno:

1° grado: l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Igiene del corpo:

1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10.

Mobilità:

1° grado: l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Continenza:

1° grado: l'Assistito è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Bere e mangiare:

1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al **100%**.

La predetta garanzia verrà prestata nei successivi tre anni dall'effettivo stato di riconoscimento di non autosufficienza.

La Società dopo la ricezione della documentazione relativa allo stato di non autosufficienza dell'Assistito, si riserva di comunicare entro 60 giorni se il sinistro rientra in garanzia o meno.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assistito a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assistito stesso.

La società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

Per la presente garanzia resta fermo quanto previsto dall'art. 8 "FORMA DELLE COMUNICAZIONI".

17. Estensioni di garanzia

Sono incluse nell'assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza (salvo quanto precisato agli artt. 4 e 18).

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

18. Termini di Carenza

Per tutti coloro che risultano in continuità di copertura con un precedente Assicuratore le garanzie saranno accessibili senza alcuna carenza.

Per i nuovi iscritti, i sussidi sopra descritti e precisamente Base, Gold+, Plus+, saranno accessibili ferma una carenza ridotta a zero giorni per le malattie improvvise e 90 giorni per le conseguenze di

stati patologici non conosciuti dall'Assistito ma insorti anteriormente alla sottoscrizione della presente polizza.

Non è previsto alcun giorno di carenza infortunio per eventi definiti "infortunio". Saranno previsti 300 giorni di carenza per garanzia per evento definito "Parto". Per la garanzia integrativa prevista all'art.16.E "Perdita di autosufficienza- LTC", sono previsti i seguenti termini di carenza:

- nessun giorno di carenza per derivante eventi definiti "infortunio";
- sei mesi dalla decorrenza della garanzia per malattie non riconosciute al momento dell'adesione;
- trenta giorni dalla decorrenza per malattie improvvise;
- trecento giorni per il parto.

19. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- 2) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 3) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
- 4) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 5) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- 6) le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- 7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 8) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- 9) interruzione volontaria della gravidanza;
- 10) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il primo anno di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;
- 11) le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale), salvo quanto previsto alla garanzia "Cure Dentarie", se prevista in polizza;
- 12) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- 13) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
- 14) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
- 15) Ricoveri in lungodegenza;
- 16) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
- 17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;

- 18) gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- 19) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il ricovero";
- 20) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 21) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- 22) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- 23) ricoveri impropri;
- 24) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze, salvo quanto previsto all'art. 18.
- 25) le malattie manifestatesi precedentemente alla decorrenza della polizza, per coloro che, ai sensi dell'art. 4 "Persone assicurabili", sono tenuti alla sottoscrizione del Questionario Sanitario, salvo quelle indicate nello stesso e non esplicitamente escluse.

20. Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni con un limite massimo di età all'ingresso fissato per i 70 anni ad eccezione di coloro che sceglieranno l'opzione Base Single per i quali il limite massimo è di età compreso tra i 72 e 75 anni e ad eccezione di coloro che sceglieranno l'opzione SENIS per i quali il limite massimo di età è di 85 anni, ad eccezione di quelli che, già iscritti alla FIBA, fanno richiesta di adesione alla polizza RBM Salute/FIBA.

Per gli Assistiti che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

Gli Assistiti potranno aderire all'opzione "Senis", senza periodi di carenza, una volta raggiunta l'età massima in altre opzioni (BASE, GOLD+, PLUS+) fermo che la convenzione sia in corso di validità.

Sul sussidio "Senis" le coperture saranno di tipo standard, con le seguenti modalità:

- Nessun giorno di carenza per eventi definiti "infortuni".
- Sei mesi dalla decorrenza del sussidio per malattia non conosciute al momento dell'adesione.
- Trenta giorni dalla decorrenza per malattie improvvise.

"Sussidio Senis": l'età massima per l'ingresso è di 80 anni non compiuti, con uscita ad 85 anni compiuti. Il "Sussidio Senis" è riservato ai soli coniugi.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile. Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

21. 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&C/P). L'andamento tecnico effettivo della copertura sarà effettuato calcolando il rapporto tra i sinistri liquidati e riservati al 31.01 di ciascun anno, inclusivi di sinistri denunciati ma non ancora pagati (OSR) e sinistri accaduti e non denunciati (IBNR) di competenza del periodo indicato (01.02 – 31.01) ed il premio di competenza del medesimo periodo (01.02 – 31.01) 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 30/11 dell'annualità di competenza in base alla quale le parti provvederanno al rinnovo applicando le seguenti regole:

- se l'S&C/P risulterà inferiore o uguale 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 2015, alle stesse condizioni normative ed economiche in corso;

- se l'S&C/P risulterà superiore al **90%** ma inferiore al **100%**, 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 2015, alle stesse condizioni normative e con aumento dell'**1%** del premio in corso per ciascun punto di l'S&C/P superiore all'**90%** fino ad un massimo di aumento del **5%**.
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&C/P risulterà pari superiore al **100%** le condizioni normative ed economiche del contratto saranno oggetto di nuova contrattazione;

Rimane in ogni caso inteso tra le parti che l'esecuzione delle misure di rinnovo risultanti dall'applicazione delle regole di rinnovo sopra indicate rimarrà sospeso fino al 30 giugno 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 giugno.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

22. Oneri in caso di Sinistro

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

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

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

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

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

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico 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. 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.

Inoltre, l'Assistito a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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

Utilizzo della Card (RBM Salute-Previmedical)

L'assistito qualora intenda utilizzare anche a rimborso una struttura convenzionata con Previmedical avrà in ogni caso l'obbligo di farsi identificare – mostrando la card *RBM Salute-Previmedical* – al fine di ottenere l'applicazione del Tariffario CARD convenzionato con la struttura. Sull'importo della fattura della struttura saranno comunque applicati scoperti e franchigie previsti per il regime rimborsuale, tenuto conto che il Tariffario CARD è comunque meno vantaggioso del tariffario applicato al regime diretto.

Qualora dalla fattura allegata al modulo di richiesta rimborso risulti che l'assistito non abbia mostrato la CARD lo scoperto previsto dall'opzione sarà maggiorato di un ulteriore 10% mentre la franchigia sarà incrementata di Euro 15.

Pagamento diretto

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

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

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

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

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

In caso di prestazione mista ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società provvederà alla liquidazione degli onorari dei medici come riportato nelle scheda riassuntiva allegata.

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

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

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

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

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

Restituzione delle somme indebitamente pagate

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

Livelli di servizio minimi garantiti e penale

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

Attività	Tempi massimi di svolgimento dell'attività	Tempi medi di svolgimento dell'attività
1) AREA DI SERVIZIO RIMBORSI		
MESSA IN PAGAMENTO DEL RIMBORSO	20 GG. DI CALENDARIO	15 GG. DI CALENDARIO
2) AREA DI SERVIZIO ASSISTENZA DIRETTA		
GARANZIA DI PRESA IN CARICO DELLA RICHIESTA	ENTRO 48 H PREAVVISO	ENTRO 24 H PREAVVISO
MESSAGGIO BENVENUTO CALL CENTER	ENTRO 1 SECONDO	ENTRO 1 SECONDO
TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA	90% IN 70 SECONDI	90% IN 35 SECONDI
TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA MAILING	48 H	24 H
PROBLEM SOLVING I° LIVELLO ASSISTENZA	ENTRO 6 H	IMMEDIATO
PROBLEM SOLVING II° LIVELLO ASSISTENZA	ENTRO 12 H	ENTRO 4 H

PROBLEM SOLVING III° LIVELLO ASSISTENZA	ENTRO 24 H	ENTRO 8 H
3) AREA DI SERVIZIO BUSINESS CONTINUITY		
RICOSTRUZIONE DATI E PROCEDURE (SITO REMOTO)	ENTRO 48 H EVENTO	ENTRO 24 H EVENTO
PIENA RIPRESA FUNZIONALITA'	ENTRO 72 H EVENTO	ENTRO 48 H EVENTO

Al fine di garantire un collegamento diretto tra qualità del servizio messa a disposizione e costo delle coperture, RBM Salute ha ritenuto di proporre l'inserimento di una penale a presidio del livello di servizio di maggior rilievo contenuto nella tabella che precede. Pertanto, con riferimento alla gestione dei rimborsi è stata introdotta una penale in favore dell'Assistito pari a 0,025% del rimborso spettante per le prestazioni ospedaliere e a 0,05% del rimborso spettante per le prestazioni extraospedaliere per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per la liquidazione delle pratiche (20 giorni di calendario). Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assistito.

Si precisa che il predetto meccanismo di applicazione di monitoraggio della qualità del servizio ed eventuale applicazione delle penali potrà trovare applicazione solo alla fine del primo periodo transitorio di start up dei nuovi servizi, identificato nel primo trimestre di operatività della copertura (c.d. "grace period") al fine di poter provvedere ad un'opportuna taratura dei processi gestionali che presiedono all'operatività dei Piani Sanitari.

DISPOSIZIONI VARIE

23. Clausola Broker

La gestione della presente convenzione è affidata a Europa Benefits Srl quale broker di assicurazione. Il Contraente, gli Assistiti e la Società danno atto che tutti i reciproci rapporti inerenti l'esecuzione del presente contratto avverranno tramite il suddetto Intermediario.

Sezione II

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

I. Garanzie aggiuntive

Inoltre la presente Polizza offre le seguenti garanzie:

1. TRASPORTO SANITARIO, TRASFERIMENTO SANITARIO E RIENTRO SANITARIO

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

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

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

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

2. ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

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

II. Servizi aggiuntivi

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

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

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

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

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

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

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

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

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

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

c) Consulenza telefonica medico specialistica

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

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

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

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

3. GESTIONE APPUNTAMENTO

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

4. CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal suo

medico curante e nessuno possa andare per lui, la Società, dopo aver ritirato presso l'Assistito la documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assistito ed al medico da lui indicato.

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

5. INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

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

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

6. SECOND OPINION

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

Preganziol, 23 ottobre 2014



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

Previsalute

Il Contraente

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Art. 3 Decorrenza dell'Assicurazione – Pagamento del Premio
- Art. 5 Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio
- Art. 6 Tacito Rinnovo
- Art. 8 Forma delle comunicazioni
- Art. 13 Foro Competente
- Art. 19 Esclusioni
- Art. 20 Persone non assicurabili
- Art. 22 Oneri in caso di Sinistro

Previsalute

Il Contraente

Allegato 1: Grandi Interventi Chirurgici

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.

Allegato 2: Programma Copertura Rimborso spese mediche per gli Associati iscritti e già iscritti alla FIBA CISL

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

N.B.: I massimali si intendono per Anno/Assicurato e gli scoperti/franchigie per evento.

Si precisa che i massimali dovranno essere riproporzionati come segue:

- Massimali al 100% per gli inserimenti effettuati nel 1° semestre di copertura;
- Massimali al 50% per gli inserimenti effettuati nel 2° semestre di copertura

In caso di non utilizzo della RBM-PMED CARD c/o strutture convenzionate a rimborso si applica una maggiorazione di un ulteriore 10% e franchigie incrementate di Euro 15

Opzione Base		
	Single	Euro 648
	Family FC	Euro 900
	PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	Massimale	EURO 50.000
	Ricovero con/senza intervento DH con/senza intervento	
	Condizioni:	
	diretta	Rimborso al 100%
	Rimborso/misto	Scoperto 10% - min. Euro 1.000 max Euro 2.500
	Interventi Ambulatoriali	
	Sub massimale	Euro 1.000
	Condizioni:	
diretta	Rimborso al 100%	
rimborso	Scoperto 10% min. € 1.000 max € 2.500	
Pre/post	90/90 gg	
Sub massimali (*)		
Parto Naturale	Euro 2.000	
Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti	Euro 4.000	
Correzione miopia	Euro 1.000 per occhio	
Indennità sostitutiva		
Ricovero con/senza intervento	Euro 50 al giorno max 90gg	
Day Hospital		
Pre/post	90/90 gg	

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

N.B.: I massimali si intendono per Anno/Assicurato e gli scoperti/franchigie per evento.

Si precisa che i massimali dovranno essere riproporzionati come segue:

- Massimali al 100% per gli inserimenti effettuati nel 1° semestre di copertura;
- Massimali al 50% per gli inserimenti effettuati nel 2° semestre di copertura

In caso di non utilizzo della RBM-PMED CARD c/o strutture convenzionate a rimborso si applica una maggiorazione di un ulteriore 10% e franchigie incrementate di Euro 15

Opzione GOLD+		
	Single	Non previsto
	Family FC	Euro 1.100
	PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	Massimale	EURO 100.000
	Ricovero con/senza intervento; DH con/senza intervento	
	Condizioni:	
	diretta	Rimborso al 100%
	Rimborso/misto	Scoperto 10% - min. Euro 1.000 max Euro 2.500
	Interventi Ambulatoriali	
	Sub massimale	Euro 1.000
	Condizioni:	
	diretta	Rimborso al 100%
	rimborso	Scoperto 10% min. € 1.000 max € 2.500
Pre/post	90/90 gg	
Sub massimali (*)		
Parto Naturale	Euro 2.000	
Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti	Euro 4.000	
Correzione miopia	Euro 1.000 per occhio	
Indennità sostitutiva		
Ricovero con/senza intervento	Euro 100 al giorno max 180gg	
Day Hospital		
Pre/post	90/90 gg	

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

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C)		
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C)	<p><u>B-Alta Specializzazione</u></p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni:</p> <p>diretta</p> <p>rimborso</p> <p>Ticket</p>	<p>Alta Diagnostica</p> <p>Euro 2.000</p> <p>Scoperto 20% - min. Euro 40</p> <p>Scoperto 20% - min Euro 40</p> <p>Rimborso al 100%</p>
	<p><u>C-Visite ed Accertamenti</u></p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni:</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso</p> <p>Ticket</p>	<p>Euro 1.500</p> <p>Scoperto 20% - min. Euro 40</p> <p>Scoperto 20% - min Euro 40</p> <p>Sublimite Euro 600 - Rimborso al 100%</p>
Servizi aggiuntivi PMED		
Servizi aggiuntivi PMED	<ul style="list-style-type: none"> - informazioni ed orientamento medico telefonico - consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione - consulenza telefonica medico specialista - servizio di guardia medica permanente - gestione appuntamento - consegna esiti a domicilio - invio medicinali a domicilio - second opinion 	previsti

N.B.: I massimali si intendono per Anno/Assicurato e gli scoperti/franchigie per evento.

Si precisa che i massimali dovranno essere riproporzionati come segue:

- Massimali al 100% per gli inserimenti effettuati nel 1° semestre di copertura;
- Massimali al 50% per gli inserimenti effettuati nel 2° semestre di copertura

In caso di non utilizzo della RBM-PMED CARD c/o strutture convenzionate a rimborso si applica una maggiorazione di un ulteriore 10% e franchigie incrementate di Euro 15

Opzione PLUS+		
	Single	Non Previsto
	Family FC	Euro 1.200
	PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	Massimale	EURO 100.000
	Ricovero con/senza intervento DH con/senza intervento	
	Condizioni:	
	diretta	Rimborso al 100%
	Rimborso/misto	Scoperto 10% - min. Euro 1.000 max Euro 2.500
	Interventi Ambulatoriali	
	Sub massimale	Euro 1.000
	Condizioni:	
	diretta	Rimborso al 100%
	rimborso	Scoperto 10% min. € 1.000 max € 2.500
Pre/post	90/90 gg	
Sub massimali (*)		
Parto Naturale	Euro 2.000	
Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti	Euro 4.000	
Correzione miopia	Euro 1.000 per occhio	
Indennità sostitutiva		
Ricovero con/senza intervento	Euro 100 al giorno max 180gg	
Day Hospital		
Pre/post	90/90 gg	

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

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C)		
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C)	<p><u>B-Alta Specializzazione</u></p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni:</p> <p>diretta</p> <p>rimborso</p> <p>Ticket</p>	<p>Alta Diagnostica</p> <p>Euro 3.000</p> <p>Scoperto 20% - min. Euro 40</p> <p>Scoperto 20% - min Euro 40</p> <p>Rimborso al 100%</p>
	<p><u>C-Visite ed Accertamenti</u></p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni: diretta</p> <p>rimborso</p> <p>Ticket</p>	<p>Euro 2.000</p> <p>Scoperto 20% - min. Euro 40</p> <p>Scoperto 20% - min Euro 40</p> <p>Sublimite Euro 600 - Rimborso al 100%</p>
Servizi aggiuntivi PMED		
Servizi aggiuntivi PMED	<ul style="list-style-type: none"> - informazioni ed orientamento medico telefonico - consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione - consulenza telefonica medico specialista - servizio di guardia medica permanente - gestione appuntamento - consegna esiti a domicilio - invio medicinali a domicilio - second opinion 	previsti

N.B.: I massimali si intendono per Anno/Assicurato e gli scoperti/franchigie per evento.

Si precisa che i massimali dovranno essere riproporzionati come segue:

- Massimali al 100% per gli inserimenti effettuati nel 1° semestre di copertura;
- Massimali al 50% per gli inserimenti effettuati nel 2° semestre di copertura

In caso di non utilizzo della RBM-PMED CARD c/o strutture convenzionate a rimborso si applica una maggiorazione di un ulteriore 10% e franchigie incrementate di Euro 15

Opzione SENIS (solo per i coniugi)		
	Single	Euro 790
	Family FC	Euro 1.350
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)		
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	Massimale	EURO 50.000
	Ricovero con intervento Condizioni:	
	diretta Rimborso/misto	Sub-limite: Euro 5.000 per Evento - Rimborso al 100% Diaria Euro 50 per un max di 30 gg – franchigia 2 gg
	Ricovero senza Intervento Sub massimale Condizioni:	Come Ricovero
	diretta rimborso	Diaria Euro 50 per un max di 30 gg – franchigia 2 gg Diaria Euro 50 per un max di 30 gg – franchigia 2 gg
	Pre/post (solo per ricoveri con Intervento Chirurgico in forma diretta)	Massimale Euro 750; 30/30 gg
	Ricovero Grandi Interventi Massimale Condizioni	Euro 100.000 Sub-limite: Euro 15.000 per Evento – Rimborso 100%
Indennità sostitutiva Ricovero con/senza intervento Day Hospital Pre/post	Non prevista	

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

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C-D-E)	PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C-D-E)					
	<u>B-Alta Specializzazione</u> Massimale Condizioni: diretta rimborso Ticket	Non Prevista				
	<u>C-Visite ed Accertamenti</u> Massimale Condizioni: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: right;">diretta</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">rimborso</td> </tr> </table> Ticket		diretta		rimborso	Non Prevista
		diretta				
		rimborso				
<u>D) Ticket Oncologia</u> Massimale	100%					
<u>E) Perdita di Autosufficienza - LTC (Long Term Care)</u> Massimale	Euro 6.000 – LIMITE Euro 500 per mese					
Servizi aggiuntivi PMED						
Servizi aggiuntivi PMED	<ul style="list-style-type: none"> - informazioni ed orientamento medico telefonico - consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione - consulenza telefonica medico specialista - servizio di guardia medica permanente - gestione appuntamento - consegna esiti a domicilio - invio medicinali a domicilio - second opinion 	Non Previsti				

Opzione Piano Aggiuntivo 1		
	Single	Euro 240
	Family FC	Non previsto
	PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	Massimale	
	Ricovero con intervento Condizioni: diretta Rimborso/misto	Non prevista
	Ricovero senza Intervento Sub massimale Condizioni: diretta rimborso	Non prevista
	Pre/post	Non prevista
	Ricovero Grandi Interventi Massimale Condizioni	Non prevista
	Indennità sostitutiva Ricovero con/senza intervento Day Hospital Pre/post	Non prevista

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

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C-D-E)		
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C-D-E)	<u>B-Alta Specializzazione</u> Massimale Condizioni: diretta rimborso Ticket	Non Prevista
	<u>C-Visite ed Accertamenti</u> Massimale Condizioni: Ticket	Non Prevista
		diretta rimborso
	<u>D) Ticket Oncologia</u> Massimale Condizioni	Non prevista
	<u>E) Perdita di Autosufficienza - LTC (Long Term Care)</u> Massimale	Euro 6.000 – LIMITE Euro 500 per mese
Servizi aggiuntivi PMED		
Servizi aggiuntivi PMED	<ul style="list-style-type: none"> - informazioni ed orientamento medico telefonico - consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione - consulenza telefonica medico specialista - servizio di guardia medica permanente - gestione appuntamento - consegna esiti a domicilio - invio medicinali a domicilio - second opinion 	Non Previsti

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C-D-E)	PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C-D-E)	
	<u>B-Alta Specializzazione</u> Massimale Condizioni: diretta rimborso Ticket	Non Prevista
	<u>C-Visite ed Accertamenti</u> Massimale Condizioni: diretta rimborso Ticket	Non Prevista
	<u>D) Ticket Oncologia</u> Massimale Condizioni	Non prevista
	<u>E) Perdita di Autosufficienza - LTC (Long Term Care)</u> Massimale	Euro 12.000 – LIMITE Euro 1.000 per mese
	Servizi aggiuntivi PMED	
Servizi aggiuntivi PMED	<ul style="list-style-type: none"> - informazioni ed orientamento medico telefonico - consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione - consulenza telefonica medico specialista - servizio di guardia medica permanente - gestione appuntamento - consegna esiti a domicilio - invio medicinali a domicilio - second opinion 	Non Previsti

Allegato n. 3

QUESTIONARIO SANITARIO DI II LIVELLO

Il presente questionario deve essere redatto personalmente dall'Assicurato o, se minore, dalla persona esercente la potestà, anche con il supporto del medico curante.

SEZIONE A - DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Cognome e Nome dell'Assicurato: _____
 Via/Piazza: _____ n°: _____ Cap: _____
 Località: _____ Prov.: _____ Telefono: _____
 Data di nascita: _____ Peso: _____ Altezza: _____ Pressione arteriosa: Min.: _____ Max.: _____
 Attività lavorativa principale (e secondaria): _____

SEZIONE B - NOTIZIE SUI FAMILIARI DELL'ASSICURATO

<i>Viventi</i>	<i>Eventuali patologie in atto</i>	<i>Deceduti</i>	<i>Età decesso</i>	<i>Causa decesso</i>
Padre: _____	_____	Padre: _____	_____	_____
Madre: _____	_____	Madre: _____	_____	_____
Fratelli/Sorelle n° _____	_____	Fratelli/Sorelle n° _____	_____	_____
Figli n° _____	_____	Figli n° _____	_____	_____

SEZIONE C - NOTIZIE SUI PRECEDENTI ASSICURATIVI

1. Le è mai stata riconosciuta da Società di assicurazione una invalidità permanente o una Inabilità temporanea?
 - sulla base della polizza infortuni quando e perché _____
 - a titolo di responsabilità civile _____

2. Fruisce di pensione di Invalidità o ha presentato domanda per ottenerla? NO SI per infortuni sul lavoro per malattie professionali altro

2.1 Gode della qualifica di invalido civile? NO SI Specificare: (percentuale di invalidità, anno, infermità, ente erogatore) _____

3 Ha in corso altre polizze per assicurazioni malattia, infortunio o vita? NO SI _____
 Con quale Società di assicurazione? _____

segue SEZIONE C

- 3.1** Ne ha avute precedentemente? NO SI _____
 Con quale Società di assicurazione? _____
 Per quale motivo sono state annullate? _____
- 3.2** E' mai stata rifiutata od accettata a NO SI perché:
 condizioni speciali da parte di un'altra _____
 Società di assicurazione una sua _____
 richiesta di polizza malattia, infortunio _____
 o vita? _____
 Quale Società di assicurazione? _____

SEZIONE D - NOTIZIE GENERALI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

- 1** Soffre o ha sofferto in passato di NO SI
 malattie che abbiano comportato un
 ricovero ospedaliero (con o senza
 intervento chirurgico)? _____
 a) Se si, quali e quando? _____
 b) Con degenza superiore a 8 giorni? _____
 c) Con postumi clinici permanenti? _____
- 2** Ha subito in passato infortuni che NO SI
 abbiano causato un ricovero
 ospedaliero (con o senza intervento
 chirurgico)? _____
 a) Se si, quali e quando? _____
 b) Con degenza superiore a 8 giorni? _____
 c) Con postumi clinici permanenti? _____
- 3** Assume farmaci a scopo terapeutico in NO SI
 modo continuativo? _____
 a) Se si, quale/i e per quale motivo? _____
- 4** Ha effettuato negli ultimi 3 anni NO SI
 accertamenti diagnostici che abbiano
 dato risultato patologico? _____
 a) Se si, quali? _____
 b) Con quale esito? _____

SEZIONE E.1 - NOTIZIE DETTAGLIATE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

- 1** Negli ultimi 3 anni ha sofferto di NO SI se SI specificare la causa:
 malattie che abbiano comportato cure
 mediche o chirurgiche ed assenza dal
 lavoro per un periodo complessivo
 superiore a 3 mesi o per singoli periodi
 continuativi superiori a 15 giorni? _____

Segue SEZIONE E.1 - NOTIZIE DETTAGLIATE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

2	Ha praticato negli ultimi 5 anni esami e/o accertamenti diagnostici?			Quando	Perché	Esito
	Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____		
	Radiografie	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____		
	Elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____		
	Esami del sangue	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____		
	Anti - HIV	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____		
	HBsAg (epatite)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____		
	Esami urine	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____		
	Altri	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	_____		
3	E' stato sottoposto a Radioterapia o Chemioterapia?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	specificare: (anno, tipo, durata, motivo) _____ _____ _____		
4	E' stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie a base di emoderivati?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	motivo _____ _____		
5	Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Quali, da quando e di che grado della vista: miopia <input type="checkbox"/> _____ astigmatismo <input type="checkbox"/> _____ altri <input type="checkbox"/> _____ dell'udito <input type="checkbox"/> _____ degli arti <input type="checkbox"/> _____ altri <input type="checkbox"/> _____		
6	Ha subito traumi o lesioni accidentali?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Quali e da quando del cranio <input type="checkbox"/> _____ degli organi di senso <input type="checkbox"/> _____ degli arti <input type="checkbox"/> _____ di altre localizzazioni <input type="checkbox"/> _____		
7	Fa uso:					
	a) di tabacco?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	quanto e da quando? _____		
	b) di alcolici?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	quanto e da quando? _____		

Segue E.1

8	Ha mai fatto o fa uso di sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	tipo di sostanza assunta e da quanto tempo: _____ _____
9	PER UOMINI E' stato riformato alla visita per il servizio militare?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	motivo: _____ _____
10	PER DONNE a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali o malattie delle mammelle?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	quali? _____ _____
	b) è incinta?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	mese di gravidanza _____
	c) precedenti gravidanze	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	quante? _____ aborti <input type="checkbox"/> quanti? _____ parti cesarei <input type="checkbox"/> quanti? _____ parti prematuri <input type="checkbox"/> quanti? _____ figli <input type="checkbox"/> quanti? _____

SEZIONE E.2

1	Ha sofferto o soffre di malattie:		
	a) infettive?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	quando, tipo e durata: _____
	b) dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> bronchite <input type="checkbox"/> enfisema <input type="checkbox"/> pleurite <input type="checkbox"/> tbc <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata: _____ _____
	c) dell'apparato cardiocircolatorio?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina pectoris <input type="checkbox"/> ipertensione <input type="checkbox"/> valvulopatie <input type="checkbox"/> varici degli arti inferiori <input type="checkbox"/> altre malattie Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata: _____ _____
	d) dell'apparato digerente?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> ulcera gastruodenale <input type="checkbox"/> colite ulcerosa <input type="checkbox"/> epatite virale <input type="checkbox"/> cirrosi epatica <input type="checkbox"/> calcolosi biliare <input type="checkbox"/> emorroidi <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata: _____ _____
	e) dell'apparato urogenitale?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> nefriti <input type="checkbox"/> calcolosi <input type="checkbox"/> insufficienza renale <input type="checkbox"/> prostata <input type="checkbox"/> ovaio <input type="checkbox"/> utero <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata: _____ _____

Segue E.2

f) dell'apparato osteoarticolare?

NO SI

artriti artrosi ernia disco gotta tumori
 altre malattie

Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza durata e la sede: _____

g) del sistema nervoso o della psiche?

NO SI

morbo di Parkinson demenza epilessia tumori
 altre malattie o disturbi

Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: _____

h) del sistema endocrino?

NO SI

della tiroide del surrene di altre ghiandole
 altre malattie o disturbi

Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: _____

i) metaboliche?

NO SI

diabete dislipidemia iperuricemia altre malattie

Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: _____

l) del sangue?

NO SI

anemie leucemie altre malattie o disturbi

Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: _____

m) del connettivo

NO SI

connettivite mista lupus eritematoso sistemico (LES)
 poliarterite nodosa sclerodermia altre malattie o disturbi

Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: _____

n) della pelle?

NO SI

o) ernie?

NO SI

p) altre malattie o disturbi?

NO SI

2 ULTERIORI CONSIDERAZIONI _____

L'Assicurando dichiara ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte a tutte le domande del presente questionario sono veritiere e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso. L'Assicurato inoltre:

- riconosce che le notizie ed i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società;
- proscioglie dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere nonché autorizza gli Enti Sanitari, Istituti in genere pubblici e privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;
- si impegna altresì a fornire, a richiesta dell'impresa o da chi per essa, ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie ad una corretta valutazione del rischio;
- dichiara di aver ricevuto l'Informativa Privacy (MOD. AP PRY 0002 – Ed. 08/2011) ai sensi dell'Art. 13 Dlgs. n. 196/2003 con la sottoscrizione del presente questionario esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, effettuato da RBM Salute S.p.A. alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'Informativa Privacy e al trattamento da parte di questi ultimi.

LETTO ED APPROVATO SPECIFICATAMENTE

FIRMA DELL'ASSICURATO O, SE MINORE, ,
 FIRMA DI CHI NE ESERCITA LA POTESTA'

Data, _____

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

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

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

- 1. assistenza sanitaria diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico; qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso una Struttura Convenzionata con il Network Previmedical, ma l'équipe medica non lo fosse (**c.d. Prestazioni Miste**), con riferimento agli onorari dell'équipe non convenzionata Previmedical, qualora tale regime sia presente nel proprio Piano Sanitario, Previmedical provvederà alla liquidazione secondo la modalità indicata al punto b). Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti dal Piano Sanitario;
- 2. assistenza sanitaria rimborsuale:** è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario. Inoltre, l'Assistito a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale all'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

L'Assistito qualora intenda utilizzare anche a rimborso una struttura convenzionata con Previmedical avrà in ogni caso l'obbligo di farsi identificare – mostrando la card RBM Salute-Previmedical – al fine di ottenere l'applicazione del Tariffario CARD convenzionato con la struttura.

Sull'importo della fattura della struttura saranno comunque applicati scoperti e franchigie previsti per il regime rimborsuale, tenuto conto che il Tariffario CARD è comunque meno vantaggioso del tariffario applicato al regime diretto.

Qualora dalla fattura allegata al modulo di richiesta rimborso risulti che l'Assistito non abbia mostrato la CARD lo scoperto previsto dall'opzione sarà maggiorato di un ulteriore 10% mentre la franchigia sarà incrementata di Euro 15.

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 (si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso), nei termini previsti dal Piano Sanitario.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E MISTA

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

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

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

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 o mista.

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

- **800. 95.59.66** da telefono fisso (numero verde);
- **199. 28.28.27** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);
- **0039 0422.17.44.083** per chiamate dall'estero.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax**, al numero **0422.17.44.583**, 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.rbmsalute.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

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

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

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

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;

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

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

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

Il 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 **(0422.17.44.583)** 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 restando 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'informazione 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 o mista; 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:

- **800.95.59.66** da telefono fisso (numero verde);
- **199.28.28.27** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);
- **0039 0422.17.44.083** per chiamate dall'estero.

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

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

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

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

Esempio – **prestazioni extraospedaliere** - Qualora la richiesta di assistenza diretta extraospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 5 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro 3 giorni (di calendario) prima della data della prestazione extraospedaliera, ossia entro i 2 giorni successivi alla richiesta. Qualora la richiesta pervenga 3 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione purché la richiesta pervenga entro 48 ore lavorative prima dell'evento.

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

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

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

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico. **La 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 o mista, 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.rbmsalute.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

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

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

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

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

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

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

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

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

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

B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

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

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

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax (**0422.17.44.583**) 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. 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

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

- documentazione di spesa quietanzata (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente

autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

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

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

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

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

A.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

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

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

Cassa di Assistenza Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.

Casella Postale n. 67

31021 Mogliano Veneto (TV)

A.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

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

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

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

A.4 LA RICHIESTA DI RIMBORSO TELEMATICA

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

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

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

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

B. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

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

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

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

C. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

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

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

D. ACCESSO A "GATE 179"

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

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

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

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

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

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

E. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE DI RBM SALUTE

RBM Salute rende disponibile una APP Mobile proprietaria per accedere alle seguenti funzioni:

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

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per accedere ai servizi tramite APP Mobile di RBM Salute, in caso contrario dovranno essere richieste login e password per poter accedere all'Area Riservata.

F. SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

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

ALLEGATO 5

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

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

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

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

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

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali e/o ricerche di mercato

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

Modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti(3), sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

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

I Suoi dati possono essere comunicati ad altri soggetti, facenti parte del settore assicurativo o ad esso correlati, con funzioni di natura tecnica, organizzativa e operativa(4). Tali soggetti tratteranno i Suoi dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in totale autonomia, in qualità di distinti Titolari.

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Diritti dell'interessato⁽⁵⁾

Titolare del trattamento è RBM Salute S.p.A. che si avvale di Responsabili.

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

Per l'esercizio dei suoi diritti ai sensi dell'art.7 del Codice e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al responsabile designato per il riscontro all'interessato inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'ufficio privacy presso la sede di RBM Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo a):

Luogo e data	Contraente/Assicurato (leggibili)	Firma (in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità promozionali e/o ricerche di mercato, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo b):

- do il consenso nego il consenso

Luogo e data	Contraente/Assicurato (leggibili)	Firma (in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Note

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

ALLEGATO 6

INFORMATIVA RELATIVA ALLE AREE WEB RISERVATE ATTIVATE AI SENSI DEL Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013

Ai sensi del **Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013**, recante disposizioni in materia di gestione dei rapporti assicurativi via web, RBM Salute S.p.A. attiva, nel rispetto della tempistica prevista dal suddetto Provvedimento, **Aree Riservate** in cui il Contraente/l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

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

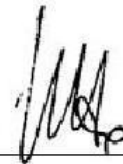
Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

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

Il servizio di Help Desk è attivo dalle 9:00 alle 12:30 e dalle 14:30 alle 17:30.

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

Milano, 24 Ottobre 2013



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

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

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

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 20.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

