

Copertura Sanitaria Previsalute
n. 100390

Prime Selection

Clienti Prime Life
Prodotto Rimborso Spese Mediche

Contratto di Assicurazione per il rimborso
delle spese mediche e per prestazioni indennitarie
da malattia e da infortunio

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

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

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la
Nota Informativa

Edizione 01/07/2016

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico

SOMMARIO

Nota Informativa:

-
- Glossario
-

Condizione di Assicurazione comprensive di:

-
- Norme che regolano la convenzione
-

- SEZIONE I

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

- SEZIONE II

- Norme che regolano le prestazioni di assistenza
-

- ALLEGATI

1. Elenco Grandi Interventi
 2. Schede Riassuntive
 3. Guida alle prestazioni sanitarie - Regime di assistenza diretta, mista e regime rimborsuale
 4. Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)
 5. 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".

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto da 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; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2015

Patrimonio netto:	€ 68.231.497,00
di cui - capitale sociale:	€ 40.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 13.990.048,00
Indice di solvibilità ² :	204%

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La presente Convenzione ha efficacia a far data dalle 00:00 del 01 luglio 2016 e fino alle ore 00:00 del 01 gennaio 2017 e si intenderà tacitamente prorogato per ulteriore periodo di un anno in mancanza di disdetta inviata da una Parte alle altre Parti, per mezzo di disdetta che deve essere comunicata almeno 60 (sessanta) giorni prima di ciascuna scadenza.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per la garanzia Spese Ospedaliere (Ricoveri, Day Hospital, ecc.) ed Extraospedaliere, ossia Accertamenti di medicina preventiva, Prevenzione orale, Protesi anatomiche ed apparecchi acustici, Prestazioni fuori ricovero di Alta Specializzazione, Lenti, Medicinali.

Per la Garanzia opzionale Prestazioni di sostegno la copertura prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di malattia o infortunio, o in alternativa il pagamento di un indennizzo annuale (vedi art. 13 "Oggetto dell'Assicurazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito CGA, e Allegato 2 "Schede riassuntive").

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 Lett. D dell'art. 13 "Oggetto dell'Assicurazione" delle CGA).

Avvertenza: la copertura non include gli infortuni e le malattie preesistenti alla stipula della polizza, (vedi art. 14 "Neonati" delle CGA), prevede esclusioni (vedi art. 16 "Esclusioni" delle CGA) e cause di non assicurabilità (vedi art. 15 "Limiti di età – Persone non assicurabili" delle CGA).

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo per il totale degli indennizzi di ogni garanzia (vedi art. 13 "Oggetto dell'Assicurazione" delle CGA, art. 21 "Prestazioni fornite, limitazioni ed esclusioni" delle

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.

Prestazioni di Assistenza indicate nella Sezione II “Norme che regolano le prestazioni di Assistenza” e Allegato 2 “Schede riassuntive”).

Avvertenza: La copertura prevede franchigie e scoperti (vedi art. 13 “Oggetto dell’Assicurazione” delle CGA ed Allegato 2 “Schede riassuntive”). Ad esempio:

Poiché l’Opzione “Base” alla garanzia “Ricovero per Grandi Interventi, Ricovero per Gravi Patologie, Ricovero CON/SENZA intervento, Day Hospital/Surgery, Intervento Ambulatoriale” prevede uno scoperto del 35% con un minimo non indennizzabile di € 2.500:

- a fronte di una spesa in Network di € 3.000 verranno rimborsati € 1.500 (poiché € 1.500 corrisponde alla franchigia fissa di € 1.500 della somma spesa; nel caso di Grande Intervento sarebbero stati rimborsati € 2.500, in quanto la franchigia fissa ammonta ad € 500,00).
- Invece a fronte di una spesa fuori Network, nel caso in cui la spesa sia di € 3.000, verranno rimborsati € 500,00 (dal momento che il 35% della somma spesa, pari a € 1.050, è inferiore al minimo di franchigia di € 2.500).

Poiché l’Opzione “Plus” alla garanzia “Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici” prevede uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 50,00:

- a fronte di una spesa in Network di € 200,00 verranno rimborsati € 170,00 (poiché si applica una franchigia fissa di € 30,00).
- Invece a fronte di una spesa fuori Network, nel caso in cui la spesa sia di € 300,00, verranno rimborsati € 240,00

Avvertenza: sono previsti limiti di età (vedi prima sezione dell’art. 15 “Limiti di età – Persone non assicurabili” 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 (vedi art. 17 “Termini di aspettativa” delle CGA).

5. Dichiarazioni dell’Assicurato in ordine alle circostanze del rischio -Questionario sanitario – Nullità

Non applicabile in quanto la Società non richiede alcuna dichiarazione in ordine alle circostanze del rischio . Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Non applicabile in quanto la Società non richiede comunicazione di aggravamento e diminuzione del rischio.

7. Premi

Il premio dovrà essere versato alla Società, tramite addebito automatico sul conto corrente del Titolare del Piano Sanitario Prime Life.

Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, dovrà essere corrisposto alla Società con frazionamento mensile anticipato o annuale (vedi art. 3 “Decorrenza dell’assicurazione – Pagamento del premio” delle CGA).

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: Il Contraente ha sempre la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri, mediante disdetta che deve essere comunicata almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza annuale della polizza (vedi art. 4 “Tacito rinnovo” 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 prima sezione dell'art. 18 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA).

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

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati (vedi art. 18 "Oneri in caso di sinistro" 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 équipe medica non convenzionata, il costo delle strutture/équipe medica non convenzionate sarà sostenuto direttamente dall'Assicurato, il quale potrà richiederne il rimborso secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza.

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

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

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. – Servizio Clienti – 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 utilizzando il fac-simile disponibile sul sito www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami.

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

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

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

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

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

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

16. Arbitrato

Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti possono adire l'Autorità Giudiziaria competente, previo esperimento del tentativo di mediazione richiesto come condizione di procedibilità ai sensi di legge, in quanto non è prevista alcuna forma di arbitrato. Per i dettagli si rinvia all'art. 10 "Controversie" delle CGA.

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



Consigliere Delegato
RBM Salute S.p.A.
Il rappresentante legale

GLOSSARIO

Assistito: I Clienti Prime Life, i quali abbiano aderito a Previsalute Società di Mutuo Soccorso e, nella loro qualità di associati, sono titolari del Piano Sanitario.

Assicurazione: Il contratto di assicurazione.

Assistenza: Aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito al Titolare che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro.

Assistenza infermieristica: Assistenza prestata dal personale in possesso di specifico diploma.

Aborto spontaneo: Interruzione della gravidanza indipendente dalla volontà della madre per cause genetiche, cromosomiche, immunologiche, traumatiche, anomalie uterine, cause materne generali quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo patologie, diabete ipertensione.

Aborto terapeutico: Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Broker: Prime Life S.r.l.

Cartella Clinica: Documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa: La struttura del Service, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dai Titolari e a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi – in regime rimborsuale e di assistenza diretta. Il Service è Previmedical Spa.

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 assicurativo: 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 associati, 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 SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO –soggetto avente finalità assistenziale, ed abilitato ad assumere la contraenza del programma sanitario anche ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. ex-art.15, comma 1, lett. i-bis del TUIR 917/86.

Day Hospital/Day Surgery: La degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura/Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite dai medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

Evento: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la copertura.

Franchigia/Scoperto: Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (franchigia) ed in percentuale (scoperto) sull'ammontare del danno, che rimane a carico del Titolare.

Grande Intervento: Gli interventi chirurgici elencati nell'Allegato 1.

Indennità sostitutiva del rimborso: Importo forfettario giornaliero che la Società eroga nel caso di ricovero del Titolare in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricevute in quanto a totale carico del SSN.

Indennizzo: La somma dovuta in caso di sinistro.

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento chirurgico: Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali, cruento, eseguito anche senza ricovero presso le strutture sanitarie.

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

Intramoenia: Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente da 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) sia 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: Ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

Malattia: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia terminale: Malattia o prognosi infausta per la sopravvivenza dell'Assicurato che comporta la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente o a svolgere le comuni attività quotidiane quali: camminare, lavarsi, vestirsi, mangiare, alzarsi dal letto/mettersi a letto).

Malformazione/Difetto fisico: Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipula dell'Opzione (o dell'ingresso in garanzia).

Massimale/Somma Assicurata: La disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile per il Titolare e i componenti del Nucleo Familiare per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nel periodo di copertura.

Modalità d'indennizzo: *In Network:* Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria ed al medico convenzionati;
Fuori Network: Rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento;
Forma Mista: Pagamento parte In Network (indennizzo diretto alla struttura e/o medico convenzionato) parte Fuori Network (rimborso delle spese da effettuarsi dopo il ricevimento della documentazione per la parte di prestazione eseguita da struttura e/o medico non convenzionato).

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 Titolare, il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia.

Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati, purché fiscalmente a carico.

Opzione/Piano Sanitario: I documenti che definiscono le modalità e le garanzie prescelte dal Titolare.

Parti: La Società e il Contraente.

Patologia in atto / Patologia preesistente: Malattie diagnosticate e/o abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione.

Premio: La somma dovuta alla Società.

Previmedical: Società di servizi che gestisce il servizio di assistenza agli Assistiti, nelle forme di assistenza diretta, indiretta e mista: la descrizione dei servizi offerti da Previmedical sono riportati nella guida allegata.

Ricovero/Degenza: Permanenza in istituto di cura con pernottamento o in Day Hospital / Day Surgery.

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.

Rischio: La probabilità che si verifichi l'evento.

Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Opzione.

Società: La Società assicuratrice RBM Salute S.p.A. in cui la Mutua ha allocato il proprio rischio.

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

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.

Strutture Sanitarie: 1) Strutture Sanitarie Private/Medici:

a) convenzionate con Previmedical: Strutture e Medici presso le quali gli Assistiti possono usufruire dell'assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente dalla Società tramite Previmedical alla Struttura Convenzionata e/o Medico Convenzionato) per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute per gli eventi garantiti dalla Mutua di assistenza mediante la presente opzione.

b) forma mista: Strutture e/o Medico/i presso le quali il pagamento avviene in parte In Network (indennizzo pagato direttamente dalla Società tramite la Centrale Operativa alla Struttura e/o Medico Convenzionato), parte Fuori Network (verrà effettuato il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato dopo il ricevimento, da parte della Centrale Operativa, della documentazione relativa alla prestazione eseguita da Strutture e/o Medico non Convenzionato).

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:

a) prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.: Strutture presso le quali gli Assistiti beneficiano delle prestazioni sanitarie pubbliche;

b) prestazioni erogate in regime di intramoenia presso strutture sanitarie convenzionate con Previmedical;

c) prestazioni erogate in regime di intramoenia presso strutture sanitarie non convenzionate con Previmedical.

3) Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

Strutture Sanitarie Private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie non in forma pubblica, bensì in regime privatistico.

4) Strutture Sanitarie Private/Medici NON convenzionate con Previmedical.

Termini di aspettativa/Carenza: Il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto dell'opzione e l'inizio della garanzia.

Trattamenti fisioterapici/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: Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione 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.

Convenzione Rimborso Spese Mediche da Malattia e da Infortunio

Condizioni di Assicurazione

NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

1. Effetto e durata della Convenzione

La presente Convenzione ha decorrenza dalle ore 00:00 del 01 luglio 2016 e scadenza alle ore 00:00 del 01 gennaio 2017. In mancanza di disdetta da parte del Contraente o della Società, che deve essere comunicata almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza, essa si intende prorogata per un anno e così di seguito.

Le condizioni previste dalla Convenzione e le eventuali successive modifiche sono operative dal momento in cui si perfeziona l'accordo tra la Società ed il Contraente in merito al loro contenuto.

2. Oggetto della Convenzione

Oggetto della presente Convenzione è l'assicurazione del rimborso delle spese sostenute dagli Assistiti in conseguenza di infortunio o malattia indicate dall'art. 13 "Oggetto dell'assicurazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione (di seguito CGA) fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti previsti dall'opzione prescelta come indicato nella Scheda riassuntiva (vedi Allegato 2).

3. Modalità di adesione/Persone Assicurabili

L'adesione al programma da parte dei Titolari ammessi alla Convenzione è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante apposita appendice di regolazione mensile, precedente come previsto dal successivo art. 4 "Premio / Regolazione del premio" delle CGA. Si prevede inoltre la scelta libera di una delle 3 opzioni presenti nella Convenzione.

3.1 Persone assicurate:

L'assicurazione s'intende valida a favore di tutti i Clienti Prime Life titolari del Piano Sanitario, che hanno aderito alla Convenzione, nonché dei componenti dei rispettivi nuclei familiari, intendendosi per tali quelli inseriti nello stato di famiglia, dietro versamento del relativo premio.

Il Contraente si impegna a fornire, attraverso supporto informatico, periodica comunicazione alla Società dei nominativi degli Assistiti nei confronti dei quali vige la copertura per le prestazioni del presente contratto; tale informazione periodica dovrà anche contenere i nominativi per i quali la copertura non sarà più operante.

Fatti salvi i termini di aspettativa previsti all'art. 17 "Termini di aspettativa" delle CGA le garanzie sono operanti:

- a) dalle ore 00:00 del primo giorno del secondo mese successivo al mese di adesione al Piano Sanitario, data entro la quale il Contraente si impegna a comunicare alla Società i nuovi nominativi, per gli inserimenti di nuovi Assistiti nel corso del periodo di copertura;
- b) dalla nascita, per i figli legittimi purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita. Per questi, a parziale deroga dell'art. 17 "Termini di aspettativa" delle CGA, si conviene fra le Parti che i figli legittimi nati nel periodo intercorrente tra la data di adesione e l'inizio dell'efficacia delle prestazioni sono soggetti, per le malattie, all'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma.

3.2 Inclusioni di nuovi Assistiti in corso d'anno:

Entro l'ultimo giorno di ogni mese, il Contraente comunicherà alla Società le nuove adesioni registrate sul tracciato record o flusso concordato; l'Assistito provvederà al pagamento del premio relativamente al periodo effettivo di copertura prestato.

La Società, ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

3.3 Inclusioni di nuovi familiari in corso d'anno:

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza non è consentita, ad eccezione di quanto previsto dall'art.14 "Neonati". Nel caso di variazione della composizione del Nucleo Familiare assicurato (matrimonio, ecc.), il Piano Sanitario si intende automaticamente operante nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01.01 successivo alla variazione.

3.4 Cessazione della qualifica di "Assicurato" nel corso del periodo di copertura

Si conviene fra le Parti che l'assicurazione mantiene la sua validità fino al termine dell'annualità assicurativa o periodo di copertura in corso, anche nel caso in cui:

- per le persone che raggiungano il settantesimo anno d'età in corso di polizza secondo quanto previsto dall' art. 15 "Limiti di età – Persone non Assicurabili";
- per perdita dei requisiti nel caso di familiari del Nucleo Familiare di base;
- vi sia la sopravvenienza in corso di contratto di malattie ed infortuni derivanti da alcolismo, tossicodipendenza o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), secondo quanto previsto dall' art. 15 "Limiti di età – Persone non Assicurabili".

4. Premio / Regolazione del premio

Il premio annuo comprensivo di imposte è il seguente:

Opzione Base:

- € 1.056,00 Anno/Nucleo;
- € 648,00 Anno/Persona.

Opzione Plus:

- € 1.740,00 Anno/Nucleo;
- € 1.104,00 Anno/Persona.

Opzione Executive:

- € 2.952,00 Anno/Nucleo;
- € 2.016,00 Anno/Persona.

Fermo restando quanto previsto in relazione alla comunicazione delle anagrafiche per gli inserimenti di nuovi Assistiti nel corso del periodo di copertura, entro 30 giorni dal ricevimento delle anagrafiche, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto alla Società sulla base dei inclusioni avvenute.

Il contributo dovrà essere corrisposto a Previsalute mediante addebito sul conto corrente dell'Assistito, in rate sub-annuali con frazionamento mensile anticipato.

5. Obblighi di consegna documentale a carico del Contraente

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

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

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

6. 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.

7. Modifiche

Nessuna modifica delle garanzie e delle condizioni previste dalla polizza potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società se non in base ad accordi specifici.

8. Foro competente

Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata, per ogni controversia tra la Società e il Contraente, in quella del luogo ove ha sede la Società.

9. Rinvio

Per quanto non previsto dalla presenti disposizioni e in quanto compatibili si rinvia alle condizioni generali di assicurazione.

Sezione I

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Non applicabile in quanto la Società non richiede alcuna dichiarazione in ordine alle circostanze del rischio

2. Altre assicurazioni/coperture - esonero a favore del Contraente

Il Contraente è esonerato:

l) dall'obbligo di compilare e consegnare alla Società il Questionario anamnestico per ciascun Assistito.

3. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

L'assicurazione decorre dalle ore 00:00 del giorno indicato in polizza se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento del premio, ferme restando le scadenze stabilite dal contratto.

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

E' concesso un termine di mora di trenta giorni trascorsi i quali l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno del pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite dal contratto.

Trascorso il termine di 15 giorni di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione, fermo il diritto ai premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.

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

I premi devono essere pagati alla Società.

Il versamento del premio alla Società dovrà essere effettuato entro il primo giorno del secondo mese successivo all'adesione al Piano Sanitario. I versamenti delle rate successive di contributo alla Società dovranno essere effettuati entro il primo giorno lavorativo di ciascun mese per l'intera durata del contratto.

4. Tacito rinnovo

In mancanza di disdetta che deve essere comunicata tramite raccomandata A/R almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza annuale della polizza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

5. Estensione Territoriale

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

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

6. 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.

7. 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.

8. Imposte

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

9. Competenza Territoriale

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, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito o dell'avente diritto.

10. 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. 8 "Foro Competente" delle Norme che Regolano la Convenzione (di seguito CGC) e dell'art. 9 "Competenza Territoriale" delle CGA.

11. Modifiche

Nessuna modifica delle garanzie e delle condizioni previste dalla polizza potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società se non in base ad accordi specifici.

12. Rinvio alle Norme di Legge

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

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

13. Oggetto dell'assicurazione

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nell'Allegato 2 "Schede riassuntive", il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assistito durante l'operatività della presente Convenzione e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A – RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI (ALLEGATO 1), RICOVERI CON/SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL/ DAY SURGERY, INTERVENTO AMBULATORIALE

Prima del ricovero

visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché dette prestazioni siano inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica; terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali; onorari dell'équipe che effettua l'intervento chirurgico, materiale di intervento (comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito); diritti di sala operatoria; rette di degenza.

Si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di un scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo.

Le spese sostenute per l'utilizzo di Robot verranno riconosciute entro il relativo sub-massimale.

Dopo il ricovero

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata;
- assistenza infermieristica resa necessaria dalla non autosufficienza dell'Assistito in conseguenza di intervento chirurgico, infortunio, ictus cerebrale o infarto cardiaco;
- le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da infortunio, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco, dall'intervento chirurgico. 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;
- trattamenti di malattie oncologiche.

A.1 – PARTO CESAREO

Si intende compreso in garanzia il parto cesareo nei termini di cui alla lettera A) del presente articolo nel caso in cui l'evento sia determinato da urgenza o comprovato da motivi di salute debitamente certificati da medico curante.

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.

A.2 – ABORTO TERAPEUTICO O SPONTANEO O POST-TRAUMATICO

Sono rimborsabili le sole spese del ricovero indicate nella sezione "Durante il ricovero" di cui alla lettera A) del presente articolo, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero.

A.3 – PARTO NON CESAREO ANCHE DOMICILIARE

Sono rimborsabili le sole spese del ricovero indicate nella sezione “Durante il ricovero” di cui alla lettera A) del presente articolo, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero.

In caso di parto non-cesareo domiciliare sono rimborsabili le spese ostetriche ed infermieristiche.

B – CASI PARTICOLARI

La Società rimborsa nei limiti previsti dall’Allegato 2 "Schede riassuntive" le spese sostenute in relazione alle prestazioni sotto descritte.

B.1 TRAPIANTI DI ORGANI

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.

B.2 RICOVERI PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

I ricoveri per trattamenti fisioterapici a seguito di intervento chirurgico sono riconosciuti una volta all’anno fino ad un massimo di **7 giorni**.

B.3 RICOVERO DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

Sono riconosciute le spese per l’assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture sanitarie all’uopo costituite e legalmente riconosciute.

C – PRESTAZIONI ACCESSORIE

La Società rimborsa nei limiti previsti dalla Scheda riassuntiva (vedi Allegato 2) le spese sostenute in relazione alle prestazioni sotto descritte.

C.1 TRASPORTO MALATO

Sono riconosciute le spese per il trasporto dell’Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all’Estero.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Qualora il ricovero avvenga all’estero (mentre l’Assistito è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell’intervento o per l’alta specializzazione richiesta dallo stesso), sono comprese anche le spese di viaggio in treno o aereo di linea, sostenute da un accompagnatore.

C.2 RETTE DI DEGENZA DELL’ACCOMPAGNATORE

Sono riconosciute le spese per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell’Assistito, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).

Qualora la struttura sanitaria non sia attrezzata ad ospitare l’accompagnatore, il rimborso riguarda le sole spese di pernottamento in albergo.

C.3 RIMPATRIO DELLA SALMA

La Società rimborsa le spese per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero in conseguenza di ricovero indennizzabile a termini polizza della presente Convenzione.

D – INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora le spese di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde – in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte alle lettere A), B), C) del presente articolo – un'indennità per ciascun pernottamento in istituto di cura, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

In caso di Day Hospital/Day Surgery la diaria viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna. Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

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 alle lettere A), B), C), D) del presente articolo, si precisa inoltre quanto segue:

- Le spese relative a ricoveri c.d. impropri, non potranno essere riconosciute nella garanzia ricovero e pertanto non sono indennizzabili a termini di polizza come previsto al punto 14 del successivo art. 16 "Esclusioni" delle CGA.
- Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.
- Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - a) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, ove previsti;
 - b) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE
(valide per le Opzioni Plus ed Executive)

E – ACCERTAMENTI DI MEDICINA PREVENTIVA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste volte a monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Gli accertamenti saranno erogati anche in assenza di prescrizione del medico curante o di un medico specialista.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Gli accertamenti diagnostici previsti dalla presente garanzia sono i seguenti:

a) Analisi per la prevenzione di patologie cardiovascolari (per tutti gli Assistiti a prescindere dal sesso):

- esame del sangue con i seguenti accertamenti: omocisteina, ALT, AST, gamma GT, glicemia, colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, urea, creatina, emocromo, VES ed esame delle urine
- visita cardiologia con ECG
- radiografia del torace

b) Prevenzione del rischio oncologico:

- **per gli Assistiti di sesso maschile e di età superiore ai 45 anni:**

- accertamento dell'antigene prostatico specifico
- ecografia delle vie urinarie;

- **per gli Assistiti di sesso femminile di età superiore ai 40 anni:**

- visita ginecologia comprensiva dei relativi accertamenti (pap-test, ecografia mammaria o mammografia ed ecografia transvaginale)

c) Prevenzione per la degenerazione della struttura ossea:

- DOC
- MOC

F – PREVENZIONE ODONTOIATRICA

La Società provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale all'anno in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assistito, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi, ecc.

G – PROTESI ANATOMICHE ED APPARECCHI ACUSTICI

La Società rimborsa le spese sostenute per:

- l'acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;

- l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche;
- l'acquisto di amplificatori acustici;
- il noleggio di apparecchiature per emodialisi;
- l'acquisto o il noleggio di erogatori portatili di ossigeno per la terapia di malattie bronco polmonari.

H - ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa inoltre le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dell'Istituto di cura.

- ECOGRAFIA;
- DOPPLER;
- ECOCARDIOGRAFIA;
- ELETTRICARDIOGRAFIA;
- ELETTRICENEFALOGRAFIA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;
- TAC;
- ELETTRICOMIOGRAFIA.

I – VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute e non rientranti fra quelle previste al punto "Alta specializzazione" per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a Malattia o a Infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

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

L – LENTI (*valida solo per l'Opzione Executive*)

La Società rimborsa l'acquisto di lenti correttive di vizi della vista (escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari) clinicamente accertati, mediante prescrizione del medico oculista che certifichi la necessità di nuove lenti, rispetto a quelle in uso dal paziente perché non più efficaci a seguito di avvenuta modificazione della capacità visiva dell'occhio (modifica del visus).

M – MEDICINALI (*valida solo per l'Opzione Executive*)

La garanzia prevede il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'assistito per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci nonché i medicinali omeopatici e galenici), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assistito dovrà presentare la ricetta medica (ricetta rossa SSN) in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

N – VISITE DI CONTROLLO (*valida solo per l'Opzione Plus*)

RBM Salute garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare, **1 volta al mese per un solo componente del nucleo familiare assicurato ed in qualsiasi giorno della settimana**, presso i Centri Autorizzati del Network Previmedical (www.alwaysalute.it) una visita specialistica in qualsiasi

specializzazione in modo completamente gratuito, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia).

Non sarà possibile effettuare più di una visita all'anno e per nucleo familiare assicurato all'interno della medesima specializzazione medica.

La prestazione è garantita **anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

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

14. Neonati

L'Assicurazione si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita purché sia successiva al periodo di aspettativa della mamma. Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita e a decorrere dal termine dell'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma ed entro il limite massimo di € 30.000.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

15. Limiti di età – Persone non Assicurabili

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 70 anni. Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età la polizza potrà essere rinnovata fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'assistito raggiunge l'80° anno di età. In caso di disdetta della polizza dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, 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'art. 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 dal successivo art. 16 "Esclusioni" delle CGA.

16. Esclusioni

L'assicurazione non comprende le spese per:

1. le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza della garanzia;
2. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
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. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;

7. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
8. Ricoveri in lungodegenza;
9. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
10. 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;
11. 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";
12. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
13. 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;
14. ricoveri impropri;
15. l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia a decorrere dal termine dell'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma;
16. infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
17. le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
18. le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
19. gli infortuni derivanti da sports aerei o da partecipazione a corse/gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
20. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
21. gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
22. l'aborto volontario non terapeutico;
23. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche;
24. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
25. le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie, ortodontiche e delle paradontopatie, salvo quanto diversamente previsto dalla lett. I dell'Art. 13 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA";
26. l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto diversamente previsto dalla lett. I dell'Art. 13 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA;
27. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
28. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
29. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
30. le conseguenze di guerra, insurrezione, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
31. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
32. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
33. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS);
34. infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Associato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
35. partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Associato svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
36. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

17. Termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, dal momento in cui, ai sensi dell'art. 3.1 "Persone assicurate" delle CGC, ha effetto l'assicurazione;
- per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia, dal **30° giorno** successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 3.1 "Persone assicurate" delle CGC, ha effetto l'assicurazione;
- per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia, dal **150° giorno** successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 3.1 "Persone assicurate" delle CGC, ha effetto l'assicurazione;
- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal **300° giorno** successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 3.1 "Persone assicurate" delle CGC, ha effetto l'assicurazione.
- per l'aborto terapeutico o spontaneo post-traumatico, la garanzia è operante – dal momento in cui, ai sensi dell'art. 3.1 "Persone assicurate" delle CGC, ha effetto l'assicurazione – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

A coloro che sono già coperti da un Piano Sanitario di RBM Salute in continuità di copertura e che richiedono di aderire alla presente Convenzione, non si applicano le condizioni indicate nel presente articolo per le medesime garanzie coperte; altresì, tali condizioni, saranno applicate nei casi seguenti:

- **nuove garanzie;**
- **maggiori somme assicurate;**
- **nuovi assicurati.**

I sopraindicati termini di aspettativa hanno valenza anche per tutto quanto normato e previsto al precedente art. 13 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso della presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni (in caso di cambio dell'opzione) e ai nuovi assistiti (in caso di inclusioni successive al momento dell'adesione come previsto dal sub-articolo 3.3 "Inclusioni di nuovi familiari in corso d'anno" delle CGA.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

18. 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'art. 1915 del Codice Civile.

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Fondi o 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.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assistito è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assistito è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore lavorative. Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

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

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere 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.

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assicurato

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. In caso di cure dentarie da infortunio (se previste nell'opzione) le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);
- 5) certificato del medico oculista attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione), intendendosi comunque escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari. Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46 e la copia delle bustine delle lenti acquistate.

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

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni. Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

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

Assistenza mista

In caso di utilizzo di strutture o équipe medica non convenzionate con Previmedical Spa (assistenza "mista": per esempio pagamento diretto alla struttura convenzionata e pagamento a rimborso per le spese dell'équipe medica non convenzionata), la centrale stessa comunicherà la presa in carico dei costi esclusivamente per la parte in convenzione, mentre il costo delle strutture/équipe medica non convenzionate sarà sostenuto direttamente dall'Assistito, il quale potrà richiederne il rimborso secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza.

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.previsalute.it.

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

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 Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

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.

19. Clausola Broker

La gestione della presente Convenzione è affidata ad Prime Life, Sede Legale 61121 Pesaro, Via San Decenzio 16, PI 02580150411, 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.

Preganziol, 01 luglio 2016



**Consigliere Delegato
RBM Salute S.p.A.**

Il Contraente

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare specificatamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione e delle Norme che regolano la Convenzione:

NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

- Art. 1 Effetto e durata della Convenzione
- Art. 3 Modalità di adesione/Persone Assicurabili
- Art. 4 Premio / Regolazione del premio
- Art. 8 Foro competente

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Art. 4 Tacito Rinnovo
- Art. 5 Estensione territoriale
- Art. 6 Forma delle comunicazioni
- Art. 10 Controversie
- Art. 13 Oggetto dell'Assicurazione
- Art. 15 Limiti di età – Persone non Assicurabili
- Art. 17 Termini di aspettativa
- Art. 18 Oneri in caso di Sinistro
- Art. 19 Clausola Broker

Preganziol, 01 luglio 2016

Il Contraente

Sezione II

(valida solo per l'Opzione Executive)

NORME CHE REGOLANO LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA TOP

20. Oggetto delle prestazioni di assistenza

La Società si impegna a fornire, tramite la Centrale Operativa, le prestazioni specificate al successivo art. 21 "Prestazioni fornite, limitazioni ed esclusioni" della presente Sezione, sempre che sia stato corrisposto il relativo contributo annuale.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

21. Prestazioni fornite, limitazioni ed esclusioni

La Società si impegna ad eseguire le prestazioni di seguito specificate nei punti da I) a XXIV), alle condizioni e con i limiti ivi indicati (v. Allegato 2):

I) Informazioni sanitarie

La Centrale Operativa, su semplice richiesta telefonica dell'Assistito, tramite la propria équipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in Paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con Paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli Istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di Assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

La prestazione è operante da Lunedì a Venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali.

II) Consigli medici telefonici generici e specialistici

Se l'Assistito necessita di una consulenza medica generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Centrale Operativa che forniranno informazioni e consigli e valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in favore dell'Assistito.

III) Invio di un medico generico a domicilio o di un'ambulanza

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assistito, trovandosi in Italia, necessita di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o durante i giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa provvederà ad inviare, a spese della Società, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno o più medici convenzionati a intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assistito nel centro medico idoneo più vicino mediante ambulanza.

IV) Trasporto in ambulanza in Italia dopo il Ricovero di primo soccorso

Se l'Assistito, a seguito di malattia o infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il Ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa provvederà ad inviarla direttamente.

V) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Se l'Assistito, a seguito di malattia o infortunio, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assistito e d'intesa con il medico curante, provvederà a:

- a) individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'Istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assistito;
- b) organizzare il trasporto dell'Assistito con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario (limitatamente ai trasferimenti in Paesi Europei);
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);
- c) assistere l'Assistito durante il trasporto con personale medico o paramedico ove necessario.

VI) Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assistito, a seguito di malattia o infortunio, in conseguenza della prestazione indicata al precedente art. V), viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Centrale Operativa provvederà al suo rientro con il mezzo, tra quelli di seguito indicati, che sia più idoneo alle sue condizioni:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe, e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

VII) Assistenza infermieristica presso l'Istituto di cura

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assistito, durante un periodo di Ricovero in istituto di cura, necessita di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa provvederà al suo reperimento.

VIII) Invio di medicinali urgenti

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assistito necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzate in Italia ma irreperibili sul posto, la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali).

IX) Invio di un infermiere a domicilio

Se l'Assistito, nelle due settimane successive al rientro dal Ricovero, necessita di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa provvederà al suo reperimento.

X) Invio di un fisioterapista

Se l'Assistito, a seguito di una malattia o di un infortunio, indipendentemente da Ricovero e/o intervento chirurgico, dovesse avere necessità di effettuare cicli di trattamenti fisioterapici anche a domicilio, la Società rimborsa le spese sostenute.

XI) Rientro sanitario

Se a seguito di malattia o infortunio le condizioni dell'Assistito, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendono necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Centrale Operativa provvederà a effettuare il trasporto con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente e scelto tra uno dei seguenti:

- aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in Paesi Europei);

- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa e le spese relative restano a carico della Società, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria. Se l'Assistito è rientrato a spese della Società, la Centrale Operativa ha diritto di richiederli, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici curanti, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assistito di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali. La prestazione inoltre non è dovuta nel caso in cui l'Assistito o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assistito è ricoverato.

XII) Rientro anticipato

Se l'Assistito, trovandosi in viaggio, rientra alla propria residenza prima della data che aveva programmato e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa della morte avvenuta in Italia, come risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la Centrale Operativa provvederà a fornirgli, con spese a carico della Società, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, affinché possa raggiungere il luogo dove è deceduto in Italia il familiare o dove viene sepolto. Nel caso in cui l'Assistito viaggiasse con un minore, purché Assistito, la Centrale Operativa provvederà a far rientrare entrambi. Se l'Assistito si trovasse nella impossibilità a utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la Centrale Operativa gli metterà a disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso.

Sono esclusi i casi in cui l'Assistito non possa fornire alla Centrale Operativa adeguate informazioni sui motivi che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.

XIII) Recupero e rimpatrio salma

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assistito è deceduto, la Centrale Operativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, anche se sono coinvolti più Assistiti. Sono inoltre comprese le eventuali spese per il recupero della salma. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

XIV) Prolungamento del soggiorno all'estero

Se l'Assistito in viaggio non è in grado di intraprendere il rientro al proprio domicilio alla scadenza stabilita in conseguenza di malattia o infortunio, la Centrale Operativa organizzerà il prolungamento del soggiorno in albergo tenendo la Società a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione. La prestazione è operante quando il Sinistro si verifica all'estero.

XV) Rientro degli altri Assistiti

In caso di rientro sanitario dell'Assistito in base alle condizioni previste nel precedente art. XIII), se le persone in viaggio con l'Assistito, purché anch'esse assicurate, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la Centrale Operativa provvede a fornire loro un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, per rientrare alla propria residenza in Italia. La Società avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

XVI) Assistenza di un interprete all'estero

Se l'Assistito in viaggio, in caso di Ricovero in ospedale per malattia o infortunio, trova difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà a inviare un interprete.

XVII) Viaggio di un familiare e spese di soggiorno

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assistito necessita di un ricovero in un istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assistito ricoverato. Se l'Assistito necessita di assistenza personale, la Centrale Operativa provvederà inoltre a ricercare e prenotare un albergo per il familiare tenendo la Società a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione.

XVIII) Anticipo spese mediche

Se l'Assistito deve sostenere delle spese mediche impreviste e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Centrale Operativa anticipa, per conto dell'Assistito, il pagamento delle fatture ad esse relative.

La prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia di antiriciclaggio.

L'Assistito deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato. L'Assistito deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente. La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assistito.

XIX) Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente

Se l'Assistito convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di malattia o infortunio, la Centrale Operativa provvederà a inviare presso il domicilio dell'Assistito un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente. Per non autosufficiente si intende la persona invalida che necessita di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'ASL di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (legge 104/92).

XX) Accompagnamento di minori

Se l'Assistito in viaggio accompagnato da minori di 15 anni, purché Assistiti, si trova nell'impossibilità di occuparsi di loro, a giudizio di un sanitario che lo ha in cura, in seguito a malattia o infortunio, la Centrale Operativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere a un familiare residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.

L'Assistito deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la Centrale Operativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

XXI) Baby sitter per minori

Se l'Assistito, a seguito di malattia o infortunio, viene ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni, oppure, a seguito di un Ricovero in istituto di cura, è temporaneamente invalido, e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 anni, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'Assistito, compatibilmente con le disponibilità locali.

XXII) Collaboratrice familiare

Se l'Assistito, a seguito di malattia o infortunio, è stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore, a 5 giorni e sia temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

XXIII) Consulenza pediatrica

Se l'Assistito, a seguito di malattia o infortunio del proprio figlio necessita di un consulto telefonico urgente e non riesce a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

XXIV) Secondo Parere Medico

La Società, tramite i medici della Centrale Operativa, mette a disposizione dell'Assistito il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute. L'Assistito, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeuticamente potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Centrale Operativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti. Per beneficiare della prestazione, l'Assistito o il medico curante dovranno:

- spiegare ai medici della Centrale Operativa il caso clinico,
- compilare il questionario che sarà appositamente fornito,
- mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per poter valutare il caso.

La Centrale Operativa procede alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvede all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettua la seconda opinione medica mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico dell'Assistito. Il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'Assistito e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito e che saranno forniti alla Centrale Operativa dall'Assistito, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per la prestazione del servizio. La risposta in forma scritta, eventualmente in lingua inglese, della SECONDA OPINIONE MEDICA sarà trasmessa dalla Centrale Operativa all'Assistito, o al suo medico di fiducia nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque al massimo entro 40 giorni feriali. Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'Assistito chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Centrale Operativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o videoconferenza. Concordata con la Centrale Operativa e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assistito e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante...) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla Centrale Operativa, alla video conferenza. La Società terrà a proprio carico le relative spese sino a un massimo di euro 800,00 per sinistro. La prestazione è operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali .

TRATTAMENTO IN U.S.A IN SEGUITO A SECONDA OPINIONE MEDICA

Servizi personalizzati

Una volta realizzata una seconda opinione medica e sempre che l'Assistito abbia deciso di sottoporsi a cure mediche e/o ospedaliere in U.S.A. relazionate con il quadro clinico corrispondente alla seconda opinione medica realizzata, gli saranno prestati i seguenti servizi:

- consulenza e consiglio nella selezione di medici ed ospedali in U.S.A. per il trattamento adeguato del caso;
- Conseguimento di visite mediche con i medici ed ospedali scelti dall'Assistito in U.S.A;
- Consulenza e supporto per le pratiche di ingresso e ammissione nell'ospedale scelto dall'Assistito tra quelli compresi nella rete ospedaliera convenzionata;
- Gestione della prenotazione di passaggi aerei ed alloggio per l'Assistito ed i familiari
- Coordinamento dell'accoglienza dell'Assistito e dei familiari che lo accompagnano nell'aeroporto di arrivo in U.S.A. e del successivo trasferimento al luogo di alloggio,

- sempre e quando il viaggio si realizzi con lo scopo di ricevere, da parte dell'Assistito, i trattamenti ospedalieri relazionati con la seconda opinione medica;
- Quando lo stato di salute dell'Assistito lo raccomandi, coordinamento del trasferimento in ambulanza aerea fino agli U.S.A. o terrestre dentro gli U.S.A.;
 - A partire dall'ingresso dell'Assistito nell'ospedale scelto, la Società fornirà l'accesso ai servizi di interpreti qualificati quando si rendano necessari per facilitare la realizzazione delle cure mediche in U.S.A..

Le spese mediche inerenti ai Ricoveri saranno esclusivamente a carico dell'Assistito, così come le spese di trasporto e alloggio dell'Assistito.

Servizi amministrativi

Realizzata la seconda opinione medica e una volta che l'Assistito abbia confermato il suo desiderio di ricevere cure ospedaliere in U.S.A., oltre ai servizi prestati nella sezione Servizi personalizzati la Società si impegna a prestare i seguenti servizi:

- prima dell'arrivo dell'Assistito, ottenimento dei preventivi e dei costi stimati relativi al Ricovero ed agli onorari medici corrispondenti alle cure mediche che l'Assistito deve ricevere in U.S.A.;
- presentazione e introduzione dell'Assistito, mediante una tessera che lo identifichi come membro della corrispondente rete di fornitori di servizi di assistenza sanitaria (ppo) nell'ospedale in cui sarà ricoverato;
- coordinamento delle cure all'Assistito nell'ospedale da lui scelto e degli appuntamenti con il medico specialista;
- revisione, controllo e analisi delle corrispondenti fatture e verifica delle voci definite come "usuali e solite" nel corso del trattamento dell'Assistito;
- auditing completo delle voci e delle spese inserite nelle fatture, relazionate con le cure mediche ricevute dall'Assistito;
- conseguimento di eventuali sconti, sui costi dei servizi medici e ospedalieri.

E' inteso che qualsivoglia prestazione prevista nei punti da I) a XXIII) del presente articolo dovrà essere previamente autorizzata dalla Centrale Operativa e che in mancanza le spese sostenute dall'Assistito non saranno rimborsate dalla Società.

In caso di prestazioni non fruite o fruite solo parzialmente per scelta dell'Assistito o per sua negligenza, la Società non è tenuta a fornire alcunché in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quanto non fruito dall'Assistito.

22. Esclusioni

Ferme restando le esclusioni e le limitazioni previste al precedente art. . 21 "Prestazioni fornite, limitazioni ed esclusioni" della presente Sezione, l'Assicurazione non è operante per eventi prodotti o provocati da:

- dolo o colpa grave dell'Assistito, dal compimento o dalla partecipazione ad atti delittuosi, o da azioni dolose, di grave negligenza o imprudenza o da condotta temeraria.
- fenomeni naturali di carattere straordinario come inondazioni, terremoti, smottamenti, frane, eruzioni vulcaniche, tempeste e in generale qualsiasi fenomeno atmosferico, meteorologico, sismico o geologico di carattere straordinario;
- terrorismo, rivolte o tumulti popolari; atti delle Forze Armate o Corpi di Sicurezza in tempo di pace; guerre dichiarate o meno, e qualsiasi conflitto o intervento internazionale con uso della forza o coazione;
- energia nucleare radioattiva;
- rinuncia o ritardo, da parte dell'Assistito, nell'accettare le prestazioni proposte dalla Società;
- fatti occorsi durante un viaggio iniziato prima dell'entrata in vigore dell'Assicurazione.

La Società è esente da responsabilità quando per cause di forza maggiore non possa effettuare qualsiasi delle prestazioni specificamente previste nella Polizza.

23. Obblighi dell'Assistito

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile in caso di sinistro l'Assistito deve immediatamente, e comunque non oltre tre giorni dal momento in cui si è verificato il sinistro, richiedere alla Centrale Operativa l'assistenza necessaria, contattando il numero verde 800.99.79.00 da telefono fisso, il numero tel. 199.28.88.98 da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata) o 0039 041.591.50.89 per chiamate dall'estero o inviando un fax al numero +39 041 5907375 e comunicando i seguenti dati identificativi: -Cognome e nome; -Indirizzo del luogo dove si trova e recapito telefonico; -Data di decorrenza e scadenza del Certificato assicurativo; -Prestazione di cui necessita.

L'Assistito è tenuto a:

- collaborare per il più corretto svolgimento delle attività di assistenza;
- fornire alla Società qualsiasi informazione riguardante le circostanze e le conseguenze del Sinistro, oltre alle informazioni complementari che la stessa dovesse richiedere;
- presentare i documenti (denunce, certificati, fatture, ricevute fiscali, ecc...) che giustificano sia il verificarsi dei Sinistri coperti dal Piano Sanitario scelto sia le spese indennizzabili ai sensi della stessa;
- collaborare per facilitare le azioni che la Società intende intraprendere per limitare le conseguenze del Sinistro.

L'Assistito è obbligato ai sensi e per gli effetti degli artt. 1914 e 1915 del Codice Civile ad impiegare i mezzi di cui dispone per ridurre le conseguenze del Sinistro. Le spese originate da tale adempimento, sempre che non siano inopportune o sproporzionate ai beni salvati, saranno a carico della Società fino al limite fissato nella Polizza; in mancanza di tale limite la Società indennizzerà le spese effettivamente originate, il cui importo non potrà comunque superare i limiti massimi stabiliti per i vari tipi di prestazione.

L'Assistito che dolosamente non adempie i predetti obblighi perde il diritto all'indennizzo o alla prestazione; se l'Assistito omette colposamente di adempierli, la Società ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

24. Rimborso delle somme per prestazioni indebitamente ricevute

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assistito la restituzione delle somme da essa erogate o il rimborso dei costi sostenuti per le prestazioni di Assistenza che si accertino non essere dovuti in base a quanto previsto dalla presente Polizza o dalla legge.

25. Estensione territoriale

Salvo che non sia diversamente previsto, la garanzia assistenza Pacchetto Top è valida per i Sinistri verificatisi in tutti i paesi del Mondo ad esclusione di: Afganistan, Antartico, Cocos, Georgia, Clel Sud, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, fatta salva l'eventuale limitazione indicata nelle singole prestazioni.

Non sono fornite prestazioni o garanzie in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi indicati nel sito <http://www.exclusiveanalysis.com/listlcargo> che riportano un grado di rischio uguale o superiore a 4.0.

Allegato 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI

CHIRURGIA GENERALE

COLLO

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale;

Resezioni e plastiche tracheali;

Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale.

ESOFAGO

Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale;

Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia;

Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale;

Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia;

Esofagogastropastica, esofagodigiunoplastica, esofagocoloplastica;

Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia;

Esofagectomia per via toracoscopica;

Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago;

Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiale;

Enucleazione di leiomiomi dell' esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica;

Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

TORACE

Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraclaveare e/o mediastinica;

Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino;

Timectomia per via toracica o toracoscopica;

Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie;

Pleurectomie e pleuropneumonectomie;

Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica;

Resezioni bronchiali con reimpianto;

Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche;

Toracoplastica: I e II tempo;

Exeresi per tumori delle coste o dello sterno.

PERITONEO

Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

STOMACO - DUODENO – INTESTINO TENUE

Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica;

Gastrectomia totale con linfadenectomia;

Interventi di riconversione per dumping syndrome;

Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotala per carcinoma del cardias;

Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias;

Resezione intestinale per via laparoscopica.

COLON - RETTO

Emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica;
Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia;
Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica;
Resezione rettocolica con anastomosi colo-ale per via tradizionale o laparoscopica;
Proctocolectomia con anastomosi ileo-ale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica;
Amputazione del retto per via addomino-perineale;
Microchirurgia endoscopica transanale;
Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica.

FEGATO E VIE BILIARI

Resezioni epatiche maggiori e minori;
Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale;
Colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria;
Anastomosi bilio-digestive;
Reinterventi sulle vie biliari;
Chirurgia dell'ipertensione portale
a) interventi di derivazione
- anastomosi porto-cava;
- anastomosi spleno-renale;
- anastomosi mesenterico-cava;
b) interventi di devascularizzazione
- legatura delle varici per via toracica e/o addominale;
- transezione esofagea per via toracica;
- transezione esofagea per via addominale;
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale;
- transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago-gastrica.

PANCREAS – MILZA - SURRENE

Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia;
Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia;
Derivazioni pancreato-Wirsung digestive;
Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas.

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare;
Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito-zigomatiche comprese);
Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale;
Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore;
Resezione del mascellare superiore per neoplasia;
Resezione della mandibola per neoplasia;
Ricostruzione della mandibola con innesti ossei;
Ricostruzione della mandibola con materiale allo plastico.

CARDIOCHIRURGIA

Ablazione transcatetere;
Angioplastica coronarica;
By-pass aorto-coronarico;
Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia;
Commissurotomia per stenosi mitralica;
Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci;

Pericardiectomia totale;
Resezione cardiaca;
Sostituzione valvolare con protesi;
Sutura del cuore per ferite;
Valvuloplastica.

NEUROCHIRURGIA

Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali;
Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia;
Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo;
Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia;
Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia;
Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale;
Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali;
Craniotomia per neoplasie endoventricolari;
Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria;
Biopsia cerebrale per via stereotassica;
Asportazione di tumori orbitali per via endocranica;
Derivazione ventricolare interna ed esterna;
Craniotomia per ascesso cerebrale;
Intervento per epilessia focale;
Cranioplastiche ricostruttive;
Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali;
Interventi per ernia discale toracica;
Interventi per ernia discale lombare;
Laminectomia decompressiva ed esplorativa;
Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari;
Intervento chirurgico per neoplasie dei nervi periferici.

CHIRURGIA VASCOLARE

Interventi sull'aorta toracica e/o addominale;
Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali);
Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali);
Interventi sulle arterie viscerali o renali;
Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali);
Interventi di rivascularizzazione extra-anatomici;
Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta;
Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo;
Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass;
Intervento per fistola aorto-enterica;
Interventi sulla vena cava superiore o inferiore;
Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale);
Trattamento dell'elefantiasi degli arti.

CHIRURGIA PEDIATRICA

Trattamento dell'atresia dell'esofago;
Trattamento di stenosi tracheali;
Trattamento di ernie diaframmatiche;
Trattamento delle atresie delle vie biliari;
Intervento per megacolon;
Intervento per atresia anale;

Intervento per megauretere.

CHIRURGIA ORTOPEDICA

Artrodesi grandi segmenti;
Artrodesi vertebrale per via anteriore;
Artroprotesi totale di ginocchio;
Artroprotesi di spalla;
Artroprotesi di anca parziale e totale;
Disarticolazione interscapolo toracica;
Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino;
Emipelvectomia;
Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi;
Osteosintesi vertebrale;
Trattamento cruento dei tumori ossei.

CHIRURGIA UROLOGICA

Nefrolitotrixxia percutanea (PVL);
Litotrixxia extracorporea;
Nefrectomia polare;
Nefrectomia allargata;
Nefroureterectomia;
Derivazione urinaria con interposizione intestinale;
Estrofia vescicale e derivazione;
Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica;
Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale;
Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale;
Enterocistoplastica di allargamento;
Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica;
Prostatectomia radicale con linfadenectomia;
Plastiche per incontinenza femminile;
Resezione uretrale e uretrorrafia;
Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale.

CHIRURGIA GINECOLOGICA

Vulvectomia allargata con linfadenectomia;
Creazione di vagina artificiale;
Exenteratio pelvica;
Isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia;
Isterectomia radicale per via vaginale;
Interventi sulle tube in microchirurgia;
Laparotomia per ferite o rotture uterine;
Isterectomia per via laparoscopica.

CHIRURGIA OCULISTICA

Vitrectomia anteriore e posteriore;
Trapianto corneale a tutto spessore;
Iridocicloretrazione;
Trabeculectomia;
Cerchiaggio per distacco di retina.

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

Parotidectomia con conservazione del facciale;
Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento;

Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare;
Asportazione tumori parafaringei;
Svuotamento funzionale o demolitivo del collo;
Chirurgia dell'otite colesteatomatosa;
Neurectomia vestibolare;
Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico;
Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico;
Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare;
Petrosectomia;
Laringectomia sopraglottica o subtotale;
Laringectomie parziali verticali;
Laringectomia e faringolaringectomia totale;
Exeresi fibrangioma rinofaringeo;
Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne.

Si considerano “GRANDI INTERVENTI” anche:

- il trapianto e l'espianto di organi
- ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).

Allegato 2

OPZIONE	Opzione Base
OSPEDALIERE	
A- Ricovero per Grandi Interventi, Ricovero CON/SENZA intervento, Day Hospital/Surgery, Intervento Ambulatoriale <i>massimale</i>	€ 260.000
sottolimito per ricoveri a rimborso e misti	-
sottolimito per ricoveri CON/SENZA intervento	€ 10.000
<i>condizioni</i>	previsto caso misto
In Network diretto	franchigia € 1.500 - GI: franchigia € 500
Fuori Network rimborso	scoperto 35% minimo € 2.500
ticket	scoperto 15%
materiale di intervento	scoperto 30%
limite robot	€ 3.000
PRE	90 giorni
POST	120 giorni
POST PER TRATTAMENTI DI MALATTIE ONCOLOGICHE	180 giorni
A.1 Parto Cesareo <i>sub-massimale</i> <i>condizioni</i>	€ 5.200 per evento come ricovero
A.2 Aborto terapeutico, spontaneo o post traumatico <i>sub-massimale</i> <i>condizioni</i>	€ 2.100 per evento
In Network diretto	100%
Fuori Network rimborso	scoperto 35% minimo € 600
ticket	100%
A.3 Parto non cesareo anche domiciliare <i>sub-massimale</i> <i>condizioni</i>	€ 550 per evento
In Network diretto	100%
Fuori Network rimborso	100%
ticket	100%
B - Casi particolari:	
B.1 Trapianto di organi	come ricovero
B.2 Ricovero per trattamenti fisioterapici	come ricovero: una volta all'anno max 7 giorni
B.3 Ricovero domiciliare per malattia terminale	€ 110 al giorno max 60 giorni
C- Prestazioni accessorie:	
C.1 Trasporto malato	€ 520
Trasporto con eliambulanza	elevato ad € 2.600
Trasporto all'estero con eventuale accompagnatore	elevato ad € 1.600
C.2 Accompagnatore	€ 60 al giorno max 20 giorni
C.3 Rimpatrio salma	€ 2.100
D- INDENNITA SOSTITUTIVA	€ 130 al giorno max 100 giorni
Neonati	€ 30.000 entro il primo anno di vita

Nota: i massimali si intendono anno/nucleo se non diversamente specificato

OPZIONE	Opzione Plus
OSPEDALIERE	
A- Ricovero per Grandi Interventi,, Ricovero CON/SENZA intervento, Day Hospital/Surgery, Intervento Ambulatoriale <i>massimale</i>	€ 400.000
sottolimito per ricoveri a rimborso e misti	-
sottolimito per ricoveri CON/SENZA intervento	€ 10.000
<i>condizioni</i>	previsto caso misto
In Network diretto	franchigia € 200 - GI: franchigia € 500
Fuori Network rimborso	scoperto 35% minimo € 2.500
ticket	scoperto 15%
materiale di intervento	scoperto 30%
limite robot	€ 3.000
PRE	90 giorni
POST	120 giorni
POST PER TRATTAMENTI DI MALATTIE ONCOLOGICHE	180 giorni
A.1 Parto Cesareo <i>sub-massimale</i>	€ 5.200 per evento
<i>condizioni</i>	come ricovero
A.2 Aborto terapeutico, spontaneo o post traumatico <i>sub-massimale</i>	€ 2.100 per evento
<i>condizioni</i>	
In Network diretto	100%
Fuori Network rimborso	scoperto 35% minimo € 600
ticket	100%
A.3 Parto non cesareo anche domiciliare <i>sub-massimale</i>	€ 550 per evento
<i>condizioni</i>	
In Network diretto	100%
Fuori Network rimborso	100%
ticket	100%
B - Casi particolari:	
B.1 Trapianto di organi	come ricovero
B.2 Ricovero per trattamenti fisioterapici	come ricovero: una volta all'anno max 7 giorni
B.3 Ricovero domiciliare per malattia terminale	€ 110 al giorno max 60 giorni
C- Prestazioni accessorie:	
C.1 Trasporto malato	€ 520
Trasporto con eliambulanza	elevato ad € 2.600
Trasporto all'estero con eventuale accompagnatore	elevato ad € 1.600
C.2 Accompagnatore	€ 60 al giorno max 20 giorni
C.3 Rimpatrio salma	€ 2.100
D- INDENNITA SOSTITUTIVA	€ 100 al giorno max 100 giorni
Neonati	€ 30.000 entro il primo anno di vita

OPZIONE		Opzione Plus
EXTRAOSPEDALIERE		
E- MEDICINA PREVENTIVA (a scelta fra 3 check up)		IN NETWORK
	<i>massimale</i>	€ 150
	<i>condizioni</i>	100%
F- PREVENZIONE ODONTOIATRICA		IN NETWORK
	<i>massimale</i>	1 visita e 1 ablazione tartaro
	<i>condizioni</i>	100%
G- PROTESI ANATOMICHE ED APPARECCHI ACUSTICI		
	<i>massimale</i>	€ 1.000
	<i>condizioni</i>	100%
H - ALTA SPECIALIZZAZIONE		ELENCO ESTESO
	<i>massimale</i>	€ 1.000
	<i>condizioni</i>	scoperto 25% minimo € 75
	Ticket	100%
I - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI		
	<i>massimale</i>	€ 800
	<i>condizioni:</i>	
	In Network diretto	franchigia € 30 per ogni visita
	Fuori Network rimborso	scoperto 20% minimo € 50 per ogni visita
	Ticket	al 100%
L - LENTI		
	<i>massimali</i>	Non prevista
	<i>condizioni</i>	
M- MEDICINALI		
	<i>massimali</i>	Non prevista
	<i>condizioni</i>	
N- VISITE DI CONTROLLO		
	<i>massimali</i>	illimitato
	<i>condizioni</i>	1 volta al mese in Network diretto

Nota: i massimali si intendono anno/nucleo se non diversamente specificato

OPZIONE	Opzione Executive
OSPEDALIERE	
A- Ricovero per Grandi Interventi, Ricovero CON/SENZA intervento, Day Hospital/Surgery, Intervento Ambulatoriale <i>massimale</i>	€ 400.000
sottolimito per ricoveri a rimborso e misti	€ 100.000
sottolimito per ricoveri CON/SENZA intervento	-
<i>condizioni</i>	previsto caso misto
In Network diretto	franchigia € 1.500 - GI: franchigia € 500
Fuori Network rimborso	scoperto 35% minimo € 2.500
ticket	scoperto 15%
materiale di intervento	scoperto 30%
limite robot	€ 3.000
PRE	90 giorni
POST	120 giorni
POST PER TRATTAMENTI DI MALATTIE ONCOLOGICHE	180 giorni
A.1 Parto Cesareo <i>sub-massimale</i>	€ 5.200 per evento
<i>condizioni</i>	come ricovero
A.2 Aborto terapeutico, spontaneo o post traumatico <i>sub-massimale</i>	€ 2.100 per evento
<i>condizioni</i>	
In Network diretto	100%
Fuori Network rimborso	scoperto 35% minimo € 600
ticket	100%
A.3 Parto non cesareo anche domiciliare <i>sub-massimale</i>	€ 550 per evento
<i>condizioni</i>	
In Network diretto	100%
Fuori Network rimborso	100%
ticket	100%
B - Casi particolari:	
B.1 Trapianto di organi	come ricovero
B.2 Ricovero per trattamenti fisioterapici	come ricovero: una volta all'anno max 7 giorni
B.3 Ricovero domiciliare per malattia terminale	€ 110 al giorno max 60 giorni
C - Prestazioni accessorie:	
C.1 Trasporto malato	€ 520
Trasporto con eliambulanza	elevato ad € 2.600
Trasporto all'estero con eventuale accompagnatore	elevato ad € 1.600
C.2 Accompagnatore	€ 60 al giorno max 20 giorni
C.3 Rimpatrio salma	€ 2.100
D- INDENNITA SOSTITUTIVA	€ 150 al giorno max 100 giorni
Neonati	€ 30.000 entro il primo anno di vita

OPZIONE		Opzione Executive
EXTRAOSPEDALIERE		
E- MEDICINA PREVENTIVA (a scelta fra 3 check up)		IN NETWORK
	<i>massimale</i>	€ 150
	<i>condizioni</i>	100%
F- PREVENZIONE ODONTOIATRICA		IN NETWORK
	<i>massimale</i>	1 visita e 1 ablazione tartaro
	<i>condizioni</i>	100%
G- PROTESI ANATOMICHE ED APPARECCHI ACUSTICI		
	<i>massimale</i>	€ 1.000
	<i>condizioni</i>	100%
H - ALTA SPECIALIZZAZIONE		ELENCO ESTESO
	<i>massimale</i>	€ 1.000
	<i>condizioni</i>	scoperto 20% minimo € 50
	Ticket	100%
I - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI		
	<i>massimale</i>	€ 1.000
	<i>condizioni:</i>	
	In Network diretto	franchigia € 30 per ogni visita
	Fuori Network rimborso	scoperto 20% minimo € 50 per ogni visita
	Ticket	al 100%
L - LENTI		
	<i>massimali</i>	€ 100
	<i>condizioni</i>	100%
M- MEDICINALI		FARMACI DISPENSATI DAL SSN
	<i>massimali</i>	€ 500
	<i>condizioni</i>	50%
N- VISITE DI CONTROLLO		
	<i>massimali</i>	Non prevista
	<i>condizioni</i>	
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA		
PACCHETTO TOP		Previsto

Nota: i massimali si intendono anno/nucleo se non diversamente specificato

Prestazioni di Assistenza Top Sezione II: (I – XXIV)	
I) Informazioni sanitarie	PREVISTA
II) Consigli medici telefonici generici e specialistici	PREVISTA
III) Invio di un medico generico a domicilio o di un'ambulanza	al 100%
IV) Trasporto in ambulanza in Italia dopo il Ricovero di primo soccorso	100% entro i 300 Km (casa – ospedale e ritorno): l'eccedenza rimane a carico dell'Assistito
V) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato	al 100%
VI) Rientro dal centro ospedaliero attrezzato	al 100%
VII) Assistenza infermieristica presso l'istituto di cura	€ 500 Anno/Persona
VIII) Invio di medicinali urgenti	al 100%, a carico dell'Assistito i costi dei prodotti medicinali stessi
IX) Invio di un infermiere a domicilio	€ 520,00 Anno/Persona
X) Invio di un fisioterapista	
☐ Struttura convenzionata	€ 300,00
☐ Struttura non convenzionata	€ 250,00
XI) Rientro sanitario (anche dall'estero)	al 100%
XII) Rientro anticipato	al 100%
XIII) Recupero e Rimpatrio salma	€ 10.000,00
☐ Rimpatrio salma	Se tale prestazione comporta un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Centrale Operativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate
☐ Recupero salma	Sottolimito € 2.000,00
XIV) Prolungamento soggiorno all'estero	€ 100,00 al di per max. di 5 gg successivi alla data prevista per il rientro
XV) Rientro degli altri Assistiti	€ 500 per Persona
XVI) Assistenza di un interprete all'estero	8 ore lavorative ad evento
XVII) Viaggio di un familiare e spese di soggiorno	
☐ Viaggio	al 100%
☐ Spese di soggiorno	€ 100 a notte per un massimo di 3 notti ad evento
XVIII) Anticipo spese mediche	€ 500,00 per evento
	Se l'ammontare delle fatture supera l'importo di € 500,00, la prestazione viene erogata dopo che siano date alla Centrale Operativa garanzie di restituzione delle somme stesse. L'importo delle fatture pagate dalla Centrale Operativa non potrà mai comunque superare la somma di € 2.600,00. La prestazione viene fornita a condizione che l'Assistito sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.
XIX) Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente	€ 500,00 ad evento
XX) Accompagnamento di minori	
☐ Viaggio	al 100%
☐ Spese di soggiorno	escluse
XXI) Baby sitter per minori	€ 100,00 al giorno per un massimo di 5 giorni ad evento
XXII) Collaboratrice familiare	€ 100,00 al giorno per un massimo di 5 giorni ad evento
XXIII) Consulenza pediatrica	PREVISTA
XXIV) Secondo parere medico	PREVISTA

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

In caso di difformità tra la presente Guida e il testo delle Condizioni Generali di Assicurazione, prevalgono i contenuti di queste ultime.

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni garantite da Cassa RBM Salute (di seguito per brevità anche “Cassa”).

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

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

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

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

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.

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

- **800.99.17.85** numero verde gratuito da telefono fisso
- **199. 28.71.75** da telefono cellulare;
- **0039 0422.17.44.235** per chiamate dall'estero.
- **assistenza.previsalute@previmedical.it** E-mail

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 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 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 **0422.17.44.735**, 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;
- In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato comunica alla Cassa il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso se in possesso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato trasmette alla Cassa il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole) se in possesso.

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.

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.previsalute.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'emergenza, 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'emergenza, 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 (**0422.17.44.735**) 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.

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

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

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

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

A.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

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

A.2 LA PRENOTAZIONE

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

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

DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

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

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

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

B) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta 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:

- **800.99.17.85** numero verde gratuito da telefono fisso
- **199. 28.71.75** da telefono cellulare;
- **0039 0422.17.44.235** per chiamate dall'estero.
- **assistenza.previsalute@previmedical.it** E-mail

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 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 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.**
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, se in possesso.
- In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato comunica alla Cassa il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso se in possesso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato trasmette alla Cassa il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole) se in possesso.

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.previsalute.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 (**0422.17.44.735**) allegando:

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

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, se in possesso. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato comunica alla Cassa il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso se in possesso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato trasmette alla Cassa il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole) se in possesso.

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). 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. In caso di prestazioni in regime misto (laddove previsto), con riferimento agli onorari dell'equipe non convenzionata è necessario produrre anche il documento di avvenuto pagamento degli stessi rilasciato dalla struttura sanitaria.

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.

La Cassa effettuerà il rimborso di sua pertinenza dietro presentazione di copia delle notule, ricevute, fatture o parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante la loro presentazione ad altri soggetti.

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.previsalute.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:

PREVISALUTE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO

Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.

Via Enrico Forlanini, 24

Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (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.previsalute.it (AREA RISERVATA).

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Cassa 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.previsalute.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.previsalute.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@previmedical.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.

G. SERVIZIO CARD

Nel caso di prestazioni non previste dal proprio piano sanitario e/o in caso di superamento dei massimali previsti dalla copertura sanitaria, l'Assistito potrà accedere tramite apposita Card al network convenzionato Previmedical giovando di tariffe agevolate¹ per le prestazioni convenzionate.

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

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

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

ALLEGATO 4

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

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

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

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

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

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

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

Modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali

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

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

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

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Cookies

Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

Diritti dell'interessato⁽⁵⁾

Titolare del trattamento è RBM 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 5

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

rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

Sede Secondaria:

Via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)

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

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

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico

Capitale Sociale € 40.000.000 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).

