

Copertura Sanitaria Previsalute n. 100389

Prime Indennità

Clienti Prime Life Prodotto Indennitario

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

- ALLEGATI

-
1. Elenco Grandi Interventi
-
2. Gravi Patologie
-
3. Scheda Riassuntiva
-
4. Tariffario (PREVIMEDICAL ed.2010) applicato alle prestazioni per LTC
-
5. Guida alle prestazioni sanitarie - Regime di assistenza diretta e regime rimborsuale
-
6. Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)
-
7. 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 un ulteriore periodo di un anno in mancanza di disdetta inviata da una delle Parti mediante lettera raccomandata alla Società almeno 60 (sessanta) giorni prima di ciascuna scadenza.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede, a seguito di infortunio o malattia, il pagamento di un indennizzo predefinito per ogni ricovero per le garanzie opzionali Grandi Interventi Chirurgici (GIC) (vedi Allegato n.1 "Elenco Grandi Interventi") e Gravi Patologie (GP) (vedi Allegato 2 "Gravi Patologie"); il rimborso delle spese sostenute oppure in alternativa il pagamento di un importo indennitario forfettario nei casi di non autosufficienza in conseguenza di infortunio o malattia/intervento chirurgico per la garanzia opzionale LTC (vedi art. 13 "Oggetto dell'Assicurazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito CGA, e Allegato n.3 "Scheda riassuntiva"). Ad esempio, per l'Opzione Plus della garanzia opzionale GIC in caso di ricovero con intervento chirurgico compreso nell'elenco di cui all'Allegato 1 "Elenco Grandi Interventi" la Società corrisponderà all'Assistito un indennizzo forfettario pari a € 50.000 per evento.

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

Avvertenza: sono previsti limiti di età (vedi prima sezione dell'art. 14 "Limiti di età – Persone non assicurabili" delle CGA).

¹ I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato

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

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. 16 "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 mediante lettera raccomandata alla Società 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 del premio si prescrive in un anno dalla singola scadenza.

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 premio 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, in caso di perdita di autosufficienza, l'insorgere di uno stato di non autosufficienza in base alle regole indicate alla lettera B) dell'art. 13 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA; in caso di prestazioni odontoiatriche, 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'Associato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità; la Compagnia può richiedere che l'Associato sia visitato da un proprio fiduciario (vedi prima sezione dell'art. 17 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA).

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata in apposita Guida (vedi Allegato 5 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE").

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta in caso di spese odontoiatriche e di prestazioni sociosanitarie e/o socioassistenziali tramite strutture convenzionate e/o dentisti convenzionati (vedi art. 17 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA). Per ricevere le prestazioni in tale regime di assistenza, l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere l'autorizzazione.

Il dettaglio della procedura di accesso al regime di assistenza diretta è indicato in apposita Guida (vedi Allegato 5 "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 dentisti 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'articolo "Controversie" della Condizioni di Assicurazione.

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



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

GLOSSARIO

Associato: 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 Socio Beneficiario che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro.

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 Soci-Beneficiari 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 che prova l'assicurazione rilasciato dalla Società a Previsalute.

Contraente: PREVISALUTE SOCIETÀ 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.

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 Socio Beneficiario.

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

Gravi patologie: Le malattie indicate nell'Allegato 2.

Indennizzo: La somma dovuta in caso di sinistro.

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca 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.

Intramoenia: Prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente da una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime 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 lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

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

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

Massimale: La disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile per il Socio Beneficiario e i componenti del medesimo nucleo familiare per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nel periodo di copertura.

Modalità d'indennizzo: Forma diretta: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alle strutture convenzionate e/o ai dentisti convenzionati;

Forma indiretta: Rimborso delle spese sostenute dal Socio Beneficiario per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento.

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: I documenti che definiscono le modalità e i contenuti previsti dal Piano Sanitario prescelto a cui gli Assistenti hanno aderito.

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.

Ricovero/Degenza: Permanenza in istituto di cura con pernottamento.

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.

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

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

Rischio: La probabilità che si verifichi l'evento.

Società o Compagnia: La Compagnia Assicuratrice RBM Salute Spa in cui Previsalute ha allocato il proprio rischio.

Strutture Sanitarie: 1) Strutture Sanitarie Private/Medici convenzionate con Previmedical:

Strutture e Dentisti presso le quali il Socio Beneficiario può usufruire dell'assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente dalla Società tramite Previmedical alla Struttura Convenzionata e/o Dentista Convenzionato) per prestazioni odontoiatriche garantite da Previsalute mediante il Piano Sanitario.

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:

a) prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.: Strutture presso le quali il Socio Beneficiario beneficia delle prestazioni sanitarie pubbliche;

b) 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/Dentisti NON convenzionati con Previmedical.

Termini di aspettativa/Carenza: Il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto del Piano Sanitario 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.

Convenzione Rimborso Spese Mediche e Prestazioni Indennitarie 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 mediante lettera raccomandata alla Società 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:

- il pagamento di un indennizzo predefinito per ogni ricovero sostenuto dagli Assistiti in conseguenza di Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Patologie indicati dall'art. 13 "Oggetto dell'assicurazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione (di seguito CGA) e dagli Allegati 1 e 2, a seconda dell'opzione prescelta, come indicato nella Scheda riassuntiva (vedi Allegato 3);
- il rimborso delle spese sostenute oppure in alternativa il pagamento di un importo indennitario forfettario nei casi di non autosufficienza degli Assistiti in conseguenza di infortunio o malattia/intervento chirurgico come previsto dall'opzione sottoscritta (vedi art. 13 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA e Allegato 3 "Scheda riassuntiva");

3. Modalità di adesione/Persone Assicurabili

L'adesione al programma da parte degli Associati ammessi alla Convenzione è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante "Certificati di polizza" emessi dalla Società per ogni singolo Associato.

I certificati avranno scadenza al 01/01 di ogni anno e decorrenza definita dal Contraente.

Si prevede inoltre la scelta libera di una delle 2 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 dietro versamento del relativo premio.

Il Contraente si impegna a fornire, mediante 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 il 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 contributo 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 "Assistito" 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:

- il titolare del Piano Sanitario perda la qualifica di cliente Prime Life nel corso del periodo di copertura;
- per le persone che raggiungano il ottantesimo 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.

4. Premio / Regolazione del premio

I premi annui comprensivi di imposte per persona per i Clienti Prime Life sono i seguenti:

- **Opzione Plus** (Ricoveri per GIC € 50.000 per evento, Ricoveri per Gravi Patologie € 10.000 per evento, LTC € 15.000 max 3 anni): **€ 672,00**;
- **Opzione Executive** (Ricoveri per GIC € 75.000 per evento, Ricoveri per Gravi Patologie € 20.000 per evento, LTC € 15.000 max 3 anni): **€ 924,00**.

5. Obblighi di consegna documentale a carico del Contraente

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assistito 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 per il tramite dell'intermediario, 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.

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:

- I) dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che gli Assistiti avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società;
- II) 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 mediante lettera raccomandata alla Società almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza annuale della polizza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

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 le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

In caso di pagamento dei premi successivo al 16° giorno, verranno applicati nuovamente i termini di aspettativa previsti all'art. 17 "Termini di aspettativa" delle CGA .

Se al 28 febbraio di ogni anno i premi non sono stati ancora versati, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, l'annullamento del contratto.

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 provvede secondo le modalità stabilite dall'Opzione prescelta al pagamento di un indennizzo forfettario riconosciuto in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico presso un istituto di cura pubblico o privato durante l'operatività della presente Convenzione e reso necessario a seguito di Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Patologie; provvede inoltre al rimborso delle spese sostenute oppure in alternativa al pagamento di un importo indennitario forfettario nei casi di non autosufficienza in conseguenza di infortunio o malattia/intervento chirurgico.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A – INDENNIZZO PREDEFINITO IN CASO DI RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E/O DI RICOVERI PER GRAVI PATOLOGIE

In caso di ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e/o per Gravi Patologie con o senza intervento chirurgico (vedi Allegati 1 e 2) la Società corrisponde un indennizzo predefinito per ciascun evento, sulla base degli importi stabiliti dalla opzione prescelta e in base alla garanzia sottoscritta (vedi Allegato 3 “Scheda riassuntiva”).

Nel caso di ricovero per una Grave Patologia che determini la necessità di esecuzione di un Grande Intervento Chirurgico, è riconosciuto sia l'indennizzo per Grave Patologia che per Grande Intervento Chirurgico.

Nell'ipotesi di ricovero per Grandi Interventi Chirurgici concomitanti nell'ambito dello stesso ricovero, l'indennità di cui alla presente garanzia è riconosciuta una sola volta.

Nell'ipotesi di più ricoveri per Grande Intervento Chirurgico imputabili alla medesima patologia, l'indennizzo viene riconosciuto una sola volta per anno assicurativo.

Diversamente, nell'ipotesi di più ricoveri per Grande Intervento imputabili a patologie diverse, l'indennizzo viene riconosciuto per ogni evento che ha reso necessario il ricovero.

Nell'ipotesi di ricovero per Gravi Patologie concomitanti nell'ambito dello stesso ricovero, con o senza intervento, l'indennità di cui alla presente garanzia è riconosciuta una sola volta.

Nell'ipotesi di più ricoveri imputabili alla medesima Grave Patologia, l'indennizzo viene riconosciuto una sola volta per anno assicurativo.

Diversamente, nell'ipotesi di più ricoveri imputabili a Gravi Patologie diverse, l'indennizzo viene riconosciuto per ogni evento che ha reso necessario il ricovero.

Relativamente alla presente garanzia, si precisa inoltre che 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 12 del successivo art. 16 “Esclusioni” delle CGA.

PRESTAZIONI DI AUTOSUFFICIENZA – LONG TERM CARE (LTC)

B – LONG TERM CARE (LTC) – PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto “*Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza*”) derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti “causa”), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4

delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi dei punti 24) e 25) dell'art. 16 "Esclusioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito anche CGA.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assistito per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "*Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza*".

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all'Assistito l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all'Assistito la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assistito, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assistito sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma Assicurata

La Società, nel caso in cui l'Assistito si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assistito un indennizzo annuo fisso, per un massimo di 3 anni, in relazione al livello di Protezione prescelto.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica

(ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

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

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

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

Capacità di vestirsi e svestirsi:

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

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

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

Capacità di curare l'igiene del corpo:

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

(1) andare al bagno

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

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

punteggio 0

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

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

Capacità di assicurare la propria mobilità:

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

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

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

Capacità di continenza:

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

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

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

Capacità di bere e mangiare:

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

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

- sminuzzare/tagliare il cibo

- sbucciare la frutta

- aprire un contenitore/una scatola

- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

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

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

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

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

14. 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 alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'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. 15 "Esclusioni" delle CGA.

15. Esclusioni

L'assicurazione non comprende le spese per:

1. le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione della polizza;
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. 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;
10. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche;
11. 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;
12. ricoveri impropri;
13. l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia;

14. infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
15. le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
16. 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);
17. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
18. gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
19. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche;
20. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
21. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
22. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
23. 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;
24. le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
25. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
26. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
27. 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);
28. infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Associato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
29. 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;
30. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

16. 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;
- dal giorno di entrata in vigore del contratto nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia dovuto ad infortunio;
- dopo un periodo di carenza di 3 mesi a decorrere dalla data di entrata in vigore del contratto nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia dovuto ad altre cause diverse da quella specificata nel punto precedente.

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

17. 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.

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

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

Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di spese odontoiatriche (se previste le cure dentarie) e delle prestazioni sociosanitarie e/o socioassistenziali di cui alla lettera B) dell'art. 13 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA per prestazioni ricevute in strutture convenzionate e/o da dentisti convenzionati per se stesso e/o per il proprio nucleo familiare, a condizione che l'Assistito abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni (di calendario) 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 3 giorni 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.

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

La Società indennizza a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia della cartella clinica completa e della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero, e delle fatture o notule debitamente quietanzate, in caso di spese odontoiatriche e di prestazioni sociosanitarie e/o socioassistenziali di cui alla lettera B) dell'art. 13 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA.

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 o il pagamento dell'indennizzo forfettario avviene in favore dell'Assistito.

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 e rimborsuale è indicata nell'Allegato 5 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE".

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.

18. 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 l'assicurazione:

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. 14 Limiti di età – Persone non assicurabili
- Art. 16 Termini di aspettativa
- Art. 17 Oneri in caso di Sinistro
- Art. 18 Clausola Broker

Preganziol, 01 luglio 2016

Il Contraente

Allegato 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI

Cardiochirurgia

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

Chirurgia Vascolare

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

Neurochirurgia

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

Chirurgia Toracica

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

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.

- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

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

Chirurgia Ginecologica

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

Chirurgia Ortopedica

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

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

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

Chirurgia Urologica

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

Trapianti d'organo

- Tutti.

Allegato 2

GRAVI PATOLOGIE

INFARTO DEL MIOCARDIO

Morte di una porzione di muscolo cardiaco; in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

- a) ripetuti dolori al torace
- b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto
- c) aumento degli enzimi cardiaci

CORONAROPATIA

Malattia determinata dal restringimento o dal blocco di due o più arterie coronariche quando sia risolvibile con tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia.

ICTUS CEREBRALE

Accidente cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implica morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenziata da deficienza neurologica permanente, T.A.C., o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.), ed il cancro della pelle che non sia il melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

Allegato 3 – Scheda riassuntiva

GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (GIC)

GARANZIA	INDENNIZZO FORFETTARIO
OPZIONE Plus	€ 50.000 per evento
OPZIONE Executive	€ 75.000 per evento

GARANZIA GRAVI PATOLOGIE (GP)

GARANZIA	INDENNIZZO FORFETTARIO
OPZIONE Plus	€ 10.000 per evento
OPZIONE Executive	€ 20.000 per evento

GARANZIA LTC

GARANZIA	PUNTI	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona)(*)	
		Diretta/Rimborso	Indennizzo
PRESTAZIONI DI NON AUTOSUFFICIENZA – LONG TERM CARE			
LTC	40	€ 15.000	€ 15.000

(*): il rimborso è alternativo all'indennizzo

Allegato 4

Le prestazioni elencate nel presente tariffario sono riconosciute qualora previste dal Piano Sanitario

TARIFFARIO (PREVIMEDICAL ed.2010) APPLICATO ALLE PRESTAZIONI PER LTC

Descrizione prestazione	Importo convenzionato
ASSISTENZA DOMICILIARE (ASA, OSS)	
Tariffa oraria diurna	€ 8,75
Tariffa oraria notturna/festiva	€ 10,75
ASSISTENZA OSPEDALIERA (RSA)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria notturna/festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
Tariffa notturna infermieristica (a notte per controllo e sorveglianza del riposo notturno nel caso di gravi patologie)	€ 120,00
ASSISTENZA OSPEDALIERA (Casa di Cura)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria notturna/festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
Tariffa notturna infermieristica (a notte per controllo e sorveglianza del riposo notturno nel caso di gravi patologie)	€ 120,00
ASSISTENZA OSPEDALIERA (CDI - Centri Diurni Integrati)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
ASSISTENZA OSPEDALIERA (CDD - Centri Diurni per persone con Disabilità)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
ASSISTENZA OSPEDALIERA (Aziende ospedaliere)	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria notturna/festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
Tariffa notturna infermieristica (a notte per controllo e sorveglianza del riposo notturno nel caso di gravi patologie)	€ 120,00
ASSISTENZA INFERMIERISTICA E PARASANITARIA A DOMICILIO (1)	
Prestazioni comuni a tutte le attività assistenziali	
Tariffa diurna 30 minuti	
Tariffa notturna/festiva 30 minuti	
Tariffa oraria diurna	
Tariffa oraria notturna/festiva	

Valutazione dei livelli di dipendenza del paziente a seconda di ogni necessità e bilancio delle risorse disponibili	€ 30,60
Elaborazione e gestione del Piano di assistenza infermieristico	€ 15,30
Misurazione di uno o più dei seguenti parametri vitali e valori (temperatura, polso arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori, diuresi, peso corporeo, misure antropometriche) (fino a due misurazioni contemporanee)	€ 7,65
Misurazione di uno o più dei seguenti parametri vitali e valori (temperatura, polso arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori, diuresi, peso corporeo, misure antropometriche) (per misurazioni superiori alle due contemporanee)	€ 15,30
Misurazione e registrazione dei riflessi pupillari o di altri riflessi	€ 11,90
Valutazione e registrazione dello stato di coscienza	€ 7,65
Misurazione della pressione venosa centrale, sorveglianza di cateteri venosi centrali e di altri accessi vascolari impiantati da un medico	€ 38,25
Registrazione di ECG	€ 11,90
Collaborazione alla effettuazione di un ECG sotto sforzo o con stimolazione farmacologica	€ 19,55
Registrazione di altro esame	€ 19,55
Preparazione preoperatoria di un paziente	€ 15,30
Preparazione di materiale e strumentario	€ 22,95
Preparazione del paziente per una pratica assistenziale e/o un esame e successiva sorveglianza	€ 22,95
Somministrazione dei medicinali prescritti per via enterale	€ 7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti per via I.M.S.C.	€ 7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti per via topica	€ 7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti o di sostanze non medicinali per via inalatoria	€ 7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti per altra via	€ 7,65
Perfusione - incannulare una vena superficiale delle membra o epicranica con ago o catetere venoso periferico	€ 19,55
Perfusione - gestione di una perfusione a termine o a permanenza	€ 7,65
Perfusione - gestione di una perfusione a termine o a permanenza (se in unica soluzione)	€ 38,25
Perfusione in bolo	€ 15,30
Bendaggio semplice	€ 11,90
Bendaggio complesso	€ 22,95
Collaborazione alla applicazione di un gesso o di un'altra immobilizzazione	€ 11,90
Rimozione di un gesso o di altra immobilizzazione	€ 11,90
Applicazione semplice di caldo o freddo	€ 7,65
Posizionamento e sorveglianza del neonato in fototerapia	€ 22,95
Medicazione semplice	€ 15,30

Medicazione complessa	€ 38,25
Prelievo capillare e venoso del sangue o raccolta di liquidi biologici mediante esami estemporanei (es.: stick glicemici)	€ 15,30
Esecuzione di vaccinazioni prescritte	€ 11,90
Raccolta sterile e non sterile di escreti o secreti (ad eccezione di quelli descritti specificatamente di seguito)	€ 11,90
Instillazioni e irrigazioni di cavità, fistole e stomie	€ 11,90
Esecuzione di prove allergiche	€ 11,90
Collaborazione all'attività clinica	€ 22,95
Collaborazione al medico in qualità di strumentista o per altre attività tecnico - strumentali (se trattasi di piccoli interventi)	€ 38,25
Collaborazione al medico in qualità di strumentista o per altre attività tecnico - strumentali (se trattasi di prestazione complessa)	€ 188,70
Collaborazione al medico in attività specialistica (se trattasi di piccoli interventi)	€ 38,25
Collaborazione al medico in attività specialistica (se trattasi di prestazione complessa)	€ 151,30
Rivalutazione domiciliare di un paziente	€ 11,90
Toilette e vestizione della salma	€ 85,00
Prestazioni relative alla funzione respiratoria	
Stimolazione della respirazione generica, cioè non nell'ambito di un programma di riabilitazione respiratoria	€ 7,65
Controllo dell'espettorato	€ 7,65
Mantenimento della pervietà delle vie aeree superiori, aspirazione delle secrezioni di un paziente anche se intubato o tracheotomizzato	€ 38,25
Cura del tracheostoma e controllo della cannula di un tracheotomizzato	€ 17,00
Ventilazione manuale strumentale o mediante maschera e controllo dell'adattamento di un paziente ad un ventilatore	€ 38,25
Predisposizione di un ventilatore e del materiale per l'intubazione oro/naso tracheale	€ 15,30
Pulizia e ripristino di un ventilatore e del relativo materiale d'uso	€ 15,30
Cura di un drenaggio toracico	€ 22,95
Cura del naso e della bocca	€ 19,55
Prestazioni relative alla funzione dell'alimentazione	
Addestramento all'uso di presidi che possono facilitare l'alimentazione	€ 15,30
Controllo e registrazione della dieta del paziente, del suo bilancio alimentare, del suo peso e del suo stato di idratazione	€ 15,30
Educazione alla cura del seno prima e dopo l'allattamento	€ 15,30
Preparazione e somministrazione di alimenti speciali da far assumere a mezzo sonda gastrica o pompa enterale (anche nel bambino)	€ 38,25
Posizionamento sondino gastrico o duodenale a scopo nutrizionale, diagnostico o evacuativo	€ 45,90

Valutazione e registrazione del liquido aspirato da una sonda gastrica	€ 11,90
Sorveglianza e collaborazione all'igiene dentale	€ 7,65
Preparazione e somministrazione di alimenti con biberon	€ 11,90
Assistenza alla persona con vomito	€ 11,90
Aiuto e sorveglianza nell'assunzione di cibo o bevande in persone con disfagia	€ 11,90
Prestazioni relative alla funzione di eliminazione urinaria	
Controllo ed assistenza delle stomie delle vie urinarie	€ 22,95
Applicare un catetere vescicale a permanenza	€ 38,25
Assistenza ordinaria ad un paziente portatore di catetere vescicale	€ 15,30
Instillazioni o irrigazioni vescicali o intrauretrali	€ 22,95
Assistenza a un paziente sottoposto a dialisi peritoneale (a prestazione)	€ 127,50
Gestione/assistenza ad attività emodialitiche (a prestazione)	€ 127,50
Gestione dei presidi utilizzati per facilitare la funzione di eliminazione (es. controllo, sostituzione e rimozione delle sacche di raccolta della diuresi)	€ 15,30
Igiene della zona genitale nella donna e nell'uomo	€ 19,55
Controllo e cure ordinarie della pelle e/o delle mucose attorno a drenaggi, cateteri e sonde	€ 15,30
Rieducazione vescicale	€ 30,60
Raccolta di un campione di urine	€ 7,65
Raccolta sterile di un campione di urine nell'uomo e nella donna mediante cateterismo estemporaneo	€ 38,25
Eliminazione intestinali	
Insegnamento al paziente e/o alla famiglia di:	
- Norme di idratazione/alimentazione funzionali ad una buona eliminazione	€ 38,25
- Valutazione della qualità e dell'aspetto delle feci	€ 38,25
- Protezione efficace della cute perineale in caso di diarrea o Incontinenza	€ 38,25
- Norme di igiene specifiche della regione perineale nella femmina e nel maschio (adulti e bambini)	€ 38,25
Educazione del paziente e/o della sua famiglia in caso di stomia intestinale	€ 38,25
Insegnamento al paziente e/o alla sua famiglia all'utilizzo di mezzi e delle misure che permettono di evitare la propagazione di un contagio in caso di malattia trasmissibile per via oro-fecale	€ 38,25
Controllo ed assistenza corrente a stomie delle vie intestinali	€ 22,95
Clistere	€ 30,60
Rettoclisi	€ 45,90

Traspirazione	
Cure igieniche appropriate ad un'eccessiva traspirazione	€ 15,30
Prestazioni relative alla necessità di muoversi e mantenere una posizione corretta	
Trasporto assistito di un paziente all'interno di una struttura sanitaria	€ 19,55
Prevenzione non medicinale delle trombosi	€ 38,25
Pianificazione ed esecuzione di esercizi fisici semplici	€ 11,90
Prestazioni relative alla necessità di dormire e riposarsi	
Valutazione della durata e della qualità del riposo e del sonno diurno e notturno	€ 15,30
Organizzazione di un programma di attività che tenga conto dei ritmi sonno/veglia del paziente e delle condizioni dell'ambiente	€ 15,30
Prestazioni relative alla attività di vestirsi e spogliarsi	
Educazione del familiare e/o del paziente a vestirsi e svestirsi, anche con l'uso di ausili in rapporto a particolari condizioni (patologie, invalidanti, protesi)	€ 45,05
Relazione di aiuto terapeutico in rapporto "all'immagine di se" del paziente anche rispetto all'uso di protesi	€ 45,05
Prestazioni relative alla necessità di mantenere la temperatura del corpo nei limiti normali	
Controllo sorveglianza evoluzione dei segni collegati all'aumento o alla diminuzione della temperatura	€ 15,30
Controllo dei neonati posti in incubatrice o termoculla	€ 15,30
Sorveglianza di una ipotermia indotta a scopo terapeutico	€ 11,90
Controllo ed intervento sull'ambiente, su altri presidi e sul paziente per regolarne la temperatura	€ 19,55
Altre tecniche fisiche di correzione dell'ipotermia o dell'ipertermia	€ 19,55
Prestazioni relative alla necessità di essere puliti, curati e di proteggere i tessuti	
Bagni terapeutici e medicati	€ 29,75
Frizioni, impacchi, massaggi	€ 19,55
Bagno a letto completo	€ 29,75
Bagno in vasca/doccia in tutte le sue fasi	€ 29,75
Toilette di una parte del corpo	€ 15,30
Cure igieniche di apparecchi correttivi e protesi	€ 11,90
Individuazione delle parassitosi esterne e assistenza alle persone colpite	€ 22,95
Controllo delle lesioni cutanee dovute a fattori chimici e fisici: irradiazione, vernici, ecc.	€ 11,90
Prevenzione delle lesioni da pressione	€ 22,95
Trattamento e sorveglianza di ulcere cutanee croniche	€ 38,25
Prestazioni relative alla necessità di evitare i pericoli	
Mappatura dei pericoli presenti in un ambiente e relative proposte di modifiche	€ 22,95

Predisposizione di presidi atti a ridurre i pericoli	€ 15,30
Controllo della sensibilità del malato al caldo, al freddo e al dolore	€ 15,30
Attuazione e controllo dei metodi di immobilizzazione in sicurezza di persone che presentano alterazioni cognitivo - comportamentali	€ 15,30
Fisioterapia (a prestazione)	€ 40,00
(1) Nel caso di 2 o più prestazioni, non verrà conteggiato il compenso per singola prestazione, ma la tariffa oraria	

Allegato 5
GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE
- REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE -

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

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

- a) assistenza sanitaria diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate e/o dentisti convenzionati appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate e/o dentisti convenzionati dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali importi eccedenti i limiti di indennizzo.
- b) assistenza sanitaria rimborsuale:** è riconosciuto agli Assistiti il pagamento di un indennizzo predefinito per ogni ricovero per Grandi Interventi Chirurgici (GIC) e Gravi Patologie (GP); è riconosciuto altresì il rimborso delle spese sostenute oppure in alternativa il pagamento di un importo indennitario forfettario nei casi di non autosufficienza in conseguenza di infortunio o malattia/intervento chirurgico e il rimborso delle spese odontoiatriche per prestazioni ricevute da strutture sanitarie e/o dentisti liberamente scelti dai medesimi e non rientranti nell'ambito del Network, nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

L'assistito qualora intenda utilizzare anche a rimborso una struttura e/o dentista convenzionato 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 i limiti di indennizzo previsti per il regime rimborsuale, tenuto conto che il Tariffario CARD è comunque meno vantaggioso del tariffario applicato al regime diretto.

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.

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

In ogni caso, tutte le informazioni relative al 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/indennizzo (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/indennizzo;
- b)** eventuale sospensione della pratica di rimborso/indennizzo, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- c)** avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso/indennizzo;
- d)** eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso/indennizzo.

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 e/o dentista 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: **assistenza.previsalute@previmedical.it**

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

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

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

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

CURE DENTARIE, PRESTAZIONI SOCIOANITARIE E/O SOCIOASSISTENZIALI

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

A L'AUTORIZZAZIONE

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

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

- **800.99.17.85** da telefono fisso (numero verde);

- **199.28.71.75** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);
- **0039 0422.17.44.235** per chiamate dall'estero.

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

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

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

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico (non necessario per le spese sanitarie odontoiatriche). **La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.**

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

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

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

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.

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 sanitaria 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 e/o Dentista convenzionato ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche "non convenzionali" (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

In sede di accesso alla Struttura convenzionata e/o Dentista convenzionato, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica (non necessario per le spese sanitarie odontoiatriche).

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 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 e/o Dentista presso il 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 e/o dentista convenzionato 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.2 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.

C LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura convenzionata e/o Dentista convenzionato. 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 e/o Dentista convenzionato, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, limiti di indennizzo, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento). **Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria e/o Dentista 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/indennizzo, 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/indennizzo ed allegare *in fotocopia* la seguente documentazione giustificativa:

- documentazione medica

a) prescrizione con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi (non necessario per le spese sanitarie odontoiatriche).

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

La prescrizione (non necessaria per le spese sanitarie odontoiatriche) 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) quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

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

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/indennizzo o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

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/indennizzo 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 presso Previmedical

Via Enrico Forlanini, 24

Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV), CF 94150010265

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/indennizzo** 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 Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

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

A.4 LA RICHIESTA DI RIMBORSO TELEMATICA

Alternativamente ai modelli di trasmissione sopra descritti l'Assistito, accedendo alla propria area riservata dal sito www.previsalute.it (AREA RISERVATA), può accedere alle funzionalità di richiesta on-line del rimborso/indennizzo. Detta funzionalità consente di effettuare la compilazione del modulo di rimborso/indennizzo 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/indennizzo, 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/indennizzo.

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/indennizzo 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/indennizzo.

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

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

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

D. ACCESSO A "GATE 179"

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

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

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

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

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

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

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

E. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE DI RBM SALUTE

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

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

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

F. 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.

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

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.

ALLEGATO 6

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 7

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

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

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

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

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

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).

