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

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: UniC.A. – TERREMOTI

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

Che tipo di assicurazione è?

La copertura prevede il rimborso delle spese per prestazioni ospedaliere, soltanto se rese necessarie da infortunio conseguente a terremoti di magnitudo superiore a 5.0 localizzati in Italia dalla Rete Sismica Nazionale dell'INGV (Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia).

Che cosa è assicurato?

La Compagnia rimborsa le seguenti spese:

- ✓ Indennità sostitutiva ricoveri con o senza intervento e GIC: la Società corrisponde un'indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero;
- ✓ Post ricovero: la Società riconosce le spese post ricovero per accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi.

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

Che cosa non è assicurato?

- × Nessuna limitazione di età.

Ci sono limiti di copertura?

! La copertura prevede limitazioni specifiche per garanzia, che possono causare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.

Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per il Mondo intero, con l'intesa che l'indennizzo verrà corrisposto 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 (Banca Centrale Europea).

Che obblighi ho?

- Quando l'Assicurato sottoscrive il contratto, ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione della copertura.
- Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.
- Qualora l'Assicurato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.
- Per ottenere la liquidazione dei sinistri, è necessario presentare la documentazione medica completa di diagnosi intestata all'Assicurato.

Quando e come devo pagare?

- Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario.
- Il premio dovrà essere corrisposto con frazionamento mensile anticipato.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto di assicurazione ha una durata di 2 anni a partire dalle ore 00.00 del 01/01/2020 alle ore 24.00 del 31/12/2021 giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio.

Come posso disdire la polizza?

- La presente copertura è senza tacita proroga e, pertanto, si intende automaticamente disdettata alla sua scadenza naturale.

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

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

RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Prodotto: UNICA TERREMOTI

Ultima release 01/01/2020

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

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

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

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2018

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

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

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Sono escluse dal rimborso le spese relative a: 1. gli interventi di correzione o eliminazione della miopia, salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE; 2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE; 3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni; 4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, purché consentito dallo stato di salute dell'Assicurato; 5. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza, determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

	6. le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a: - abuso di alcolici; - uso di allucinogeni; - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti; 7. l'aborto volontario non terapeutico; 8. la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici, salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio e fatto salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE; 9. tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita, fatto salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE. Per questa tipologia di interventi non è in ogni caso riconosciuta l'indennità sostitutiva giornaliera; 10. gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona; 11. check-up clinici; 12. agopuntura salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE; 13. prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, ovvero effettuate presso centri estetici o di fitness; 14. psicoterapia salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE; 15. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; 16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche; 17. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente; 18. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti; 19. gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale; 20. le spese sostenute in conseguenza delle seguenti malattie mentali: psicosi, disturbi nevrotici della personalità e altri disturbi psichici non psicotici, ritardo mentale e comunque tutte le malattie ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico; 21. 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.

Ci sono limiti di copertura?

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso della Società.
Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse opzioni. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

AREA RICOVERI	
Massimale A e B	€ 20.000,00 evento/nucleo, elevato a € 40.000,00 per GIC
A) Indennità Sostitutiva per ricovero con o senza intervento chirurgico S.S.N. Massimale Ricoveri con o senza intervento GIC **Pre/Post**	 30 giorni per persona/evento € 80 al giorno € 160 al giorno al 100% - 90 gg./90 gg. elevati a 120 gg. in caso di GIC
B) Post ricovero in regime di intramoenia	90 gg./90 gg. – elevati a 120 gg. in caso di GIC

Condizioni	al 100% solo forma diretta

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** Il sinistro deve essere denunciato dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità, comunicandolo alla Società per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la richiesta di indennizzo.
	Assistenza diretta/in convenzione: l'Assicurato ha la facoltà di accedere, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, alle prestazioni sanitarie ed odontoiatriche erogate dalle strutture appartenenti al Network reso disponibile dalla Società.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: ai sensi dell'articolo 2952 del Codice civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società stessa e risultanti dai documenti contrattuali. Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insolute, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.
Obblighi dell'impresa	La Società si impegna a: **a) Regime di assistenza diretta** - fornire autorizzazione, alla richiesta completa e per la quale abbiano avuto esito positivo le verifiche tecnico-mediche-assicurative. A tal fine, pertanto, l'Assicurato dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 2 giorni (48 ore) lavorativi di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa. **b) Regime rimborsuale** - mettere in pagamento l'indennizzo all'Assicurato entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta di rimborso completa di tutta la documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

Quando e come devo pagare?

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Il contratto di assicurazione ha una durata di 2 anni con decorrenza dalle ore 00.00 del 01/01/2020, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento. La copertura scade alle ore 24.00 del 31/12/2021. La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).
Sospensione	Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice

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

Come posso disdire la polizza?

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

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto assicurativo è destinato a favore del personale con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit, purché detto personale sia iscritto a Uni.C.A., che intende ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio o malattia.

Quali costi devo sostenere?

Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il contratto o un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Reclami di RBM Assicurazione Salute S.p.A. con una delle seguenti modalità: - tramite compilazione di apposita form-mail, reperibile sul sito della Società www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami, compilabile direttamente on-line; - tramite posta, ordinaria o raccomandata, indirizzata a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde; - via fax al numero 0422/062909; - via mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it. Ove non sia utilizzata la form-mail, per individuare correttamente la posizione e dar seguito ad una pronta trattazione della pratica al fine di fornire una risposta chiara e completa, è necessario indicare nel reclamo: - nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato; - nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega alla presentazione del reclamo sottoscritta dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità; - numero di pratica; - sintetica ed esaustiva esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto. RBM Assicurazione Salute provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: **ivass@pec.ivass.it** . Info su: **www.ivass.it**
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando obbligatoriamente un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it.** (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

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

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

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

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

Copertura Sanitaria UniC.A. - Cassa **Assistenza** per GRUPPO UNICREDIT S.p.A.

Contratto di Assicurazione per il rimborso
delle spese mediche da malattia e da infortunio
a seguito di TERREMOTI

Contratto di Assicurazione per il rimborso
delle spese mediche da malattia e da infortunio
redatto secondo le Linee Guida emanate da ANIA ad esito del
Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018)

ONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le condizioni di assicurazione

MODELLO FI1349
Edizione 01/01/2020

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

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 160.000.000 i.v. - C.C.I.AA. 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 Prowedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

SOMMARIO

Condizione di Assicurazione da pag. 1 a pag. 16:

- SEZIONE I
  - Glossario - *da pag. 1*
  - Capitolo 1 – Informazioni generali - *da pag. 3*
  - Capitolo 2 - Condizioni assicurative - *da pag. 5*
- SEZIONE II
  - Capitolo 1 – Descrizione delle prestazioni assicurate - *da pag. 8*
  - Capitolo 2 - Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione - *da pag. 9*
  - Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 10*
- SEZIONE III
  - Capitolo 1 – Informazioni aggiuntive – *da pag. 16*

Allegati:

1) Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
2) Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute del presente contratto, sono riportate in carattere "sottolineato e grassetto".

Sezione I

GLOSSARIO

Società	RBM Assicurazione Salute S.p.A.
Contraente	Uni.C.A. Cassa Assistenza, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente.
Indennizzo o indennità	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro per il tramite della Contraente.
Struttura sanitaria convenzionata	Ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera, rientrante nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A.
Équipe operatoria convenzionata	Ogni équipe operatoria costituita dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento rientrante nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A.
Ricovero	La degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.
Day Hospital	La degenza in Istituto di cura che si esaurisce in giornata a seguito di terapie mediche o prestazioni chirurgiche.
Intervento chirurgico ambulatoriale	L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare così come definito all'art. 9.1 "Persone assicurabili" delle Condizioni di Assicurazione (di seguito anche CDA).
Cartella Clinica	documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera(S.D.O.).
Cassa/Fondo	Uni.C.A Cassa Assistenza, con sede in Via San Protaso n. 1, CAP 20121 – MILANO C.F. 97450030156, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

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

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale

Forma diretta/in Rete prestazioni convenzionate presso strutture/specialisti rientranti nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A. con pagamento diretto da parte della Società alle strutture/specialisti convenzionati degli importi dovuti per le prestazioni ricevute dagli Assicurati.

Magnitudo: nella maggior parte dei casi, la prima stima della magnitudo fornita dalla Sala Simica dell'INGV (Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia) di Roma è la magnitudo Richter o magnitudo locale ML. Per eventi di magnitudo maggiore di circa 3.5, se ci sono dati disponibili, si calcola il meccanismo focale con la tecnica del Time Domain Moment Tensor (TDMT, http://cnt.rm.ingv.it/tdmt) e si ottiene anche la Magnitudo Momento MW.

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1.Informazioni generali sull'impresa di assicurazione

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. (di seguito per brevità anche RBM Salute S.p.A.); Sede legale e direzione generale: via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde - Preganziol, Treviso (Italia)/sede secondaria: via Victor Hugo 4, 20123 Milano (Italia);

Recapiti telefonici: +39 0422 062700 (sede legale e direzione generale) / +39 02 91431789 (sede secondaria); sito internet: www.rbmsalute.it; indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it; indirizzo di posta elettronica certificata: rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it ;

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. è iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 2/11/2007 n. 255).

Art. 2.Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa[1]

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2018

Patrimonio netto:	€ 230.873.414,00
di cui	
- capitale sociale:	€ 120.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 73.765.532,00
Indice di solvibilità[2]:	175% (189% al netto dell'add on di capitale)

Art. 3.Periodi di carenza contrattuali

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

Art. 4.Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

Art. 5.Diritto di recesso

La facoltà di recesso del Contraente/Assicurato è prevista.

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

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

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

Art. 7.Reclami

Eventuali reclami riguardanti il contratto o un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto alla Società con una delle seguenti modalità:

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

Nel caso di controversia promossa nei confronti di Uni.C.A. – Cassa di Assistenza da un assicurato nei confronti del quale la Società abbia ritenuto non dovuto l'indennizzo in base alle condizioni delle garanzie prestate con la presente polizza, la Società, su richiesta di Uni.C.A. – Cassa di Assistenza, si impegna ad assumere la gestione della lite per suo conto, in sede sia stragiudiziale che giudiziale, sostenendone tutti gli oneri e tenendo a proprio carico l'indennizzo oltre a spese, competenze e quant'altro dovuto per sentenza, ove l'esito della controversia risultasse dovuto.

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8.Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Se Uni.C.A. e/o l'Assicurato forniscono informazioni non complete e/o false che possono influenzare la valutazione del rischio, possono perdere o vedersi limitato il diritto all'indennizzo, nonché determinare la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Se Uni.C.A. e/o l'Assicurato non forniscono le informazioni adeguate, il contratto potrebbe non essere adeguato alle loro esigenze.

Art. 9. Altre assicurazioni/coperture
Uni.C.A. e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, Uni.C.A. o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.
Lo stesso vale anche nel caso in cui il medesimo rischio sia coperto da contratti stipulati dall'assicurato con Enti, Casse e Fondi integrativi sanitari.
È fatto salvo il diritto di regresso della Società e, quindi, la facoltà della Società di recuperare l'eventuale somma versata a titolo di pagamento del danno.
Per diritto di regresso si intende che la Società può chiedere la restituzione di quanto pagato a copertura del danno.

Art. 10. Decorrenza dell'assicurazione
L'assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2020 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento e avrà scadenza alle ore 00:00 del giorno 01/01/2022.

Art. 11. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del premio
I licenziamenti o le assunzioni che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicati dalle Aziende associate, con modalità telematiche a Uni.C.A. e da quest'ultima rimessi alla Società.

11.1 Persone assicurate
È prevista l'adesione obbligatoria di tutti i Titolari già assicurati ai Piani Sanitari collettivi di primo rischio resi disponibili da Uni.C.A. (di seguito anche Piani Sanitari BASE) e dei rispettivi nuclei familiari, come identificati nella definizione di nucleo familiare, purché siano iscritti a Uni.C.A. e a condizione che siano già tutti assicurati ai Piani Sanitari BASE, previo pagamento del premio corrispondente.
Il Titolare del Piano Sanitario è considerato sempre come primo Assicurato.

11.2 – Inclusione di nuovi Titolari in corso d'anno
L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 della data di assunzione del dipendente e purché comunicata alla Società entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Società.
In tali casi, l'assicurazione è operante dalle ore 24:00 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purché comunicata alla Società entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Società.
Per le inclusioni effettuate nel corso del periodo assicurativo e che comportano il pagamento di un premio, lo stesso sarà calcolato nella misura del:
- 100% del premio annuo, se l'inclusione avviene nel primo semestre assicurativo;
- 60% del premio annuo se l'inclusione avviene nel secondo semestre assicurativo.

11.3 Inclusione di Familiari in corso d'anno

L'inclusione di familiari come identificati nella definizione di nucleo familiare in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nei seguenti casi:

a) nascita, adozione o affidamento di un figlio;
b) rientro in Italia di dipendente UniCredit precedentemente espatriato (ex Expat), a decorrere dal giorno del rientro, ovvero, se successivo, dal giorno seguente il termine della copertura prevista per il personale espatriato;
c) matrimonio;
d) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare;
e) esclusione di un familiare da altra copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro.

In tali casi, l'assicurazione è operante dalle ore 24:00 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purché comunicata alla Società entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Società.
I massimali assicurati sono da intendersi comunque al 100%.

11.4 Esclusioni in corso d'anno

La cessazione del presente Piano Sanitario prima della sua naturale scadenza del 01/01/2022, è possibile solamente al verificarsi dei seguenti eventi:

a) cessazione del rapporto di lavoro del dipendente per qualsiasi motivo;
b) decesso del dipendente;
c) divorzio/separazione con sentenza per il coniuge del dipendente;
d) venir meno della convivenza per il convivente more uxorio e/o il familiare fiscalmente non a carico; nel caso del figlio fiscalmente non a carico la cessazione della copertura è possibile solo al verificarsi anche di una delle due fattispecie:
   - costituzione da parte del figlio di un proprio nucleo familiare (matrimonio/convivenza more uxorio);
   - conseguimento da parte del figlio, nell'anno d'imposta in cui si verifica l'uscita dal nucleo, di un reddito complessivo superiore a € 26.000 annui lordi;
e) adesione di un familiare ad una copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro;
f) esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente;
g) cessazione dei Piani Sanitari BASE.

Nei suddetti casi, l'assicurazione cesserà la sua validità alla prima scadenza annuale successiva al verificarsi dell'evento, anche per gli eventuali familiari assicurati, e pertanto non si procederà ad alcun rimborso del premio, ad eccezione dei casi di esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente, di licenziamenti per giusta causa e giustificato motivo soggettivo o delle cessazioni con instaurazione di rapporto di lavoro con Azienda esterna al Gruppo UniCredit nei quali casi il dipendente e gli eventuali familiari assicurati cesseranno immediatamente dalla copertura con il verificarsi dell'evento.

11.5 Regolazione del premio

Entro il primo mese successivo alla decorrenza, a seguito del ricevimento delle anagrafiche, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto alla Società sulla base delle anagrafiche definitive alla data di decorrenza.
Entro 15 giorni precedenti la scadenza delle singole quietanze per le rate di premio dovute, si procederà contestualmente alla consegna della regolazione contabile del premio in conseguenza delle inclusioni e dei passaggi avvenuti nel corso del periodo di copertura trascorso.

Art. 12. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero, con l'intesa che l'indennizzo verrà corrisposto 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 (Banca Centrale Europea).

Art. 13. 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 a Uni.C.A. un'informativa di dettaglio.

Uni.C.A. è tenuta, a sua volta, a comunicare tali informazioni ad ogni Assicurato/Assicurato.

Art. 14. Assicurazione per conto altrui

Gli obblighi della polizza devono essere sostenuti da Uni.C.A. anche quando questo stipuli il contratto per conto di altri, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 15. Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli accessori della polizza e degli atti da essa dipendenti sono a carico di Uni.C.A.

Art. 16. 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 così individuata:

- per ogni controversia tra la Società e Uni.C.A. è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Società;
- per ogni controversia tra la Società e l'Assicurato è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 17. Controversie: mediazione

Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse-comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - le Parti devono esperire obbligatoriamente un tentativo di mediazione, che deve cioè essere attivato prima dell'instaurazione dell'eventuale causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Uni.C.A. dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. L'Organismo deve aver sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

Uni.C.A. dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di RBM Salute S.p.A., Ufficio Reclami, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 18. Rinvio alle Norme di Legge

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

Sezione II

CAPITOLO 1 - DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 19. Oggetto dell'Assicurazione

La Società garantisce le prestazioni di seguito indicate, **soltanto se rese necessarie da infortunio conseguente a terremoti di magnitudo Richter o magnitudo locale M_L.superiore a 5.0 localizzati in Italia dalla Rete Sismica Nazionale dell'INGV (Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia), indennizzabili a termini di contratto per le spese sostenute esclusivamente in rete convenzionata o presso il Servizio Sanitario Nazionale dall'Assicurato/Assicurato, direttamente o indirettamente aderente ad uno qualsiasi dei Piani Sanitari BASE.**

Per Grande Intervento Chirurgico si intende uno degli interventi indicati nei Piani Sanitari BASE, soltanto se reso necessario da infortunio conseguente a terremoti di magnitudo definita come nel precedente comma.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A- Servizio Sanitario Nazionale

In caso di ricovero o intervento chirurgico a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi (intendendo come tale quello comprendente il pernottamento) pari a:

- **€ 80,00** giornalieri per i ricoveri con o senza intervento chirurgico;
- **€ 160,00** giornalieri in caso di Grande Intervento Chirurgico.

Le suddette indennità giornaliere sono corrisposte nel limite massimo di **30 giorni** per persona e per evento.

Inoltre vengono rimborsate, **senza applicazione di scoperto**, le spese relative a:

- accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei **90 giorni** successivi (elevati a **120 giorni** in caso di grandi interventi chirurgici) al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Qualora il ricovero avvenga in regime di intramoenia, la Società provvede al pagamento delle sole spese indicate alla lettera B, anche in caso di Grande Intervento Chirurgico.

B- Post Ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio con o senza intervento chirurgico (anche in caso di Grande Intervento Chirurgico), Day hospital con o senza intervento chirurgico, Intervento chirurgico ambulatoriale

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento: il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni **effettuate in forma diretta**:

- accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei **90 giorni** successivi (elevati a **120 giorni** in caso di grandi interventi chirurgici) al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Il pagamento delle suddette spese per ricoveri o Day hospital o interventi chirurgici ambulatoriali effettuati in forma diretta è corrisposto dalla Società direttamente alla Struttura sanitaria

convenzionata, **senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto** a carico dell'Assicurato, anche in caso di Grande Intervento Chirurgico.

MASSIMALE ASSICURATO
La Società garantisce il pagamento diretto o il rimborso delle prestazioni indicate alle lettere A e B, fino a concorrenza della somma complessiva di **€ 20.000,00** per nucleo familiare e per evento, elevata a **€ 40.000,00** in caso di Grande Intervento Chirurgico.

CAPITOLO 2 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 20. Esclusioni

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

1. gli interventi di correzione o eliminazione della miopia, salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;
2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni;
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, purché consentito dallo stato di salute dell'Assicurato;
5. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza, determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6. le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
   - abuso di alcolici;
   - uso di allucinogeni;
   - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
7. l'aborto volontario non terapeutico;
8. la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici, salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio e fatto salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;
9. tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita, fatto salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE. Per questa tipologia di interventi non è in ogni caso riconosciuta l'indennità sostitutiva giornaliera;
10. gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona;
11. check-up clinici;
12. agopuntura salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;
13. prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, ovvero effettuate presso centri estetici o di fitness;

14. psicoterapia salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;

15. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

17. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;

18. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;

19. gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;

20. le spese sostenute in conseguenza delle seguenti malattie mentali: psicosi, disturbi nevrotici della personalità e altri disturbi psichici non psicotici, ritardo mentale e comunque tutte le malattie ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico[3]

21. 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.

CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 21. Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato da Uni.C.A. e/o dall'Assicurato 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.

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

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

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

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. L'accertamento potrà essere disposto entro un termine minimo di 48 ore dalla denuncia del sinistro e comunque entro un termine massimo di sei mesi.

[3] Si segnala che le precisazioni introdotte in merito all'esclusione in oggetto sono frutto delle indicazioni impartite alle Imprese dall'IVASS (già ISVAP) a seguito del recepimento da parte dell'Italia con Legge n.18 del 3 marzo 2009 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Tali indicazioni richiedevano alle Imprese di precisare – in tema di disturbi psichici – quali prestazioni sanitarie fossero ammesse a rimborso in conseguenza di malattie mentali permanenti e preesistenti all'inclusione in copertura.

Si precisa che il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Non è prevista la forma mista cioè la possibilità di avere alcune prestazioni autorizzate in forma diretta e altre prestazioni in forma indiretta nell'ambito di uno stesso sinistro.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assicurato titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

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

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

Procedura operativa - Regime di assistenza diretta

a) ***Prima della prestazione***

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assicurato **dovrà preventivamente richiedere l'autorizzazione alla Centrale Operativa** (operativa **24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione giustificativa necessaria, con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.**

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

Il rilascio dell'autorizzazione può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati:
  - **800. 90.12.23** da telefono fisso e cellulare (numero verde);
  - **+39 0422.17.44.023** per chiamate dall'estero.

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

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

- struttura sanitaria convenzionata prescelta;
- prestazione da effettuare;
- diagnosi/quesito diagnostico;
- data dell'appuntamento.

L'Assicurato **dovrà trasmettere alla Centrale Operativa** – **tramite portale web o app mobile o via fax,** al numero **0422.17.44.523 oppure rispondendo alla mail ricevuta dalla Centrale Operativa** – la seguente documentazione:

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, **contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. 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.**
- **in caso di infortunio dovrà essere presentato anche il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile.

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

All'interno del sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

Fermo il preavviso minimo di 2 giorni (48 ore) lavorativi la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione/diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di Assistenza diretta:

- se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 7 giorni lavorativi dalla data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato
- se la richiesta perviene tra i 6 e i 4 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 giorni lavorativi precedenti la data dell'evento
- se la richiesta perviene tra i 3 e i 2 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 giorno lavorativo precedente la data dell'evento.

Rimane fermo per l'Assicurato il diritto ad un preavviso di almeno 2 giorni (48 ore) lavorativi; in tal caso tuttavia, tale preavviso minimo potrebbe comportare, in ipotesi di diniego dell'autorizzazione, una comunicazione da parte della Centrale Operativa a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

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

In sede di accesso presso la Struttura Sanitaria convenzionata, l'Assicurato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e consegnare la prescrizione medica.

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

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

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

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

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

b) ***Mancata attivazione della Centrale Operativa***

Qualora l'Assicurato acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere liquidata in regime di assistenza diretta né presentata a rimborso.

c) ***Dopo l'esecuzione della prestazione***

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dalla Condizioni di Assicurazione), nonché, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (ad esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.).

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato e/o alla Struttura Sanitaria (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota in caso di ricovero, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, ecc.).

Procedura operativa - Regime rimborsuale

a) Richiesta di rimborso cartacea

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

1) **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. **Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge. Per il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie in regime di S.S.N. si richiede la fattura o ricevuta rilasciata, all'atto del pagamento, dalla ASL o struttura sanitaria accreditata con il S.S.N., con indicazione della prestazione effettuata oppure la ricevuta di pagamento emessa da Punto Giallo con allegato il foglio di prenotazione rilasciato dalla ASL al momento della prenotazione o dell'effettuazione della prestazione. Il provider verificherà che la prestazione (rinvenibile da apposita codifica**

contenuta nei documenti suddetti) sia una di quelle previste dal Piano Sanitario (sono p.e. escluse le spese sostenute per prestazioni di prevenzione e/o controllo). Al fine di poter considerare le prestazioni come effettuate in regime di ticket SSN, con applicazione delle relative condizioni di liquidazione, è necessario che dal documento di spesa si possa evincere inequivocabilmente il regime di erogazione.

2) **cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero, anche in Day Hospital. Si precisa che non è considerato Ricovero né Day Hospital la permanenza presso il Pronto Soccorso;**

3) **prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere;**

4) **dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;**

5) **in caso di infortunio dovrà essere presentato anche il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile.

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

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

PREVIMEDICAL C/O CSU – BOLOGNA (POSTA INTERNA)
oppure a
Ufficio Liquidazioni UNI.C.A. - PREVIMEDICAL
Casella Postale n. 142
31021 Mogliano Veneto (TV)

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

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

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

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

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

b) Richiesta di rimborso on line

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

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

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

Sezione III

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

App mobile

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

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

L'Assicurato già registrato nell'Area Riservata – Sinistri utilizzerà le medesime credenziali (login e password) per accedere ai servizi tramite APP Mobile. In caso contrario, dovrà registrarsi all'Area Riservata. Per tutte le funzionalità web (vedi specifica documentazione pubblicata sui siti www.unica.unicredit.it e www.unica.previmedical.it).

Preganziol, …….. 2019

RBM Assicurazione Salute S.p.A. | Cassa Uni.C.A.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Art. 8 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art. 9 Altre assicurazioni/coperture
Art. 10 Decorrenza dell'assicurazione
Art. 11 Variazione delle persone assicurate – Regolazione del premio
Art. 20 Esclusioni
Art. 21 Oneri in caso di Sinistro

Cassa Uni.C.A.

Allegato 5: Scheda riassuntiva

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

AREA RICOVERI	
Massimale A e B	€ 20.000,00 evento/nucleo, elevato a € 40.000,00 per GIC
A) Indennità Sostitutiva per ricovero con o senza intervento chirurgico S.S.N.	
Massimale	30 giorni per persona/evento
Ricoveri con o senza intervento	€ 80 al giorno
GIC	€ 160 al giorno
Pre/Post	al 100% - 90 gg./90 gg. elevati a 120 gg. in caso di GIC
B) Post ricovero in regime di intramoenia	90 gg./90 gg. – elevati a 120 gg. in caso di GIC
Condizioni	al 100% solo forma diretta

ALLEGATO N.2

INFORMATIVA IN MATERIA DI RACCOLTA E UTILIZZO DEI DATI PERSONALI RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Rev.3 del 07/02/2019

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti, riferiti sia a Lei che eventualmente ad altri Assicurati, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta il RBM Assicurazione Salute S.p.A. (di seguito "RBM").

1 Finalità del trattamento

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali, anche sensibili[1], che riguardano Lei e/o gli altri Assicurati, al fine di fornire i servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Con riferimento a tali dati personali, si specifica che:

- alcuni (es. nome, cognome, indirizzo, codice fiscale) dovranno essere necessariamente forniti per dare esecuzione agli eventuali contratti assicurativi di cui Lei sia parte o a misure precontrattuali adottate su Sua richiesta;
- alcuni dovranno essere forniti per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione degli eventuali contratti assicurativi di cui Lei sia parte[2];
- alcuni potranno essere forniti, anche tramite dispositivi elettronici (smart-IOT), per poter usufruire dei diversi servizi connessi ai contratti assicurativi;
- alcuni Le verranno richiesti ma il loro rilascio, sempre connesso con la finalità di esecuzione di eventuali contratti assicurativi, sarà facoltativo (es. indirizzo di posta elettronica), per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra Lei ed RBM.

Registrandosi all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricando le nostre App per dispositivi mobili (*FeeelUp* e *Citrus*) tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro sito Internet o direttamente tramite le App dal suo smartphone, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente alle App, tramite notifiche push, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati (i cosiddetti dati sensibili, dati idonei a rivelare le sue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del nostro sito, o tramite l'App utilizzando la fotocamera dello smartphone) per dare corso alle prestazioni previste dalla sua polizza e per fornirle i servizi richiesti, nonché per adempimenti normativi. Il conferimento di questi dati è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

FACSIMILE

[1] Per dati "sensibili" si intendono i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati relativi alla salute a alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona, che il GDPR indica all'Art. 9 come "categorie particolari di dati personali".

[2] Ad esempio per disposizioni dell'IVASS e del Garante Privacy o per adempimenti in materia di accertamenti fiscali.

2 Modalità di trattamento e conservazione

I dati, forniti da Lei o da altri 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, in maniera da garantire un adeguato livello di sicurezza, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo.

I dati sono trattati in Italia; eventualmente, ove necessario, potranno essere comunicati, per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della Unione Europea, nel rispetto della normativa relativa alla protezione dei dati personali, ad altri soggetti con funzioni di natura tecnica organizzativa e operativa che fanno parte della c.d. catena assicurativa[4]. Tali soggetti tratteranno i dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in qualità di autonomi Titolari.

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

I dati personali vengono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento, e non sono soggetti a diffusione.

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

3 Diritti dell'interessato

Titolare del trattamento è RBM Assicurazione Salute S.p.A. Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

a. accesso ai dati personali;
b. rettifica dei propri dati personali (provvederemo, su Sua segnalazione, alla correzione di Suoi dati non corretti anche divenuti tali in quanto non aggiornati);
c. revoca del consenso;
d. cancellazione dei dati (diritto all'oblio) (ad esempio, in caso di revoca del consenso, se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento);
e. limitazione del trattamento;
f. opposizione al trattamento per motivi legittimi;
g. portabilità dei dati (su Sua richiesta, i dati saranno trasmessi al soggetto da Lei indicato in formato che renda agevole la loro consultazione ed utilizzo);
h. proposizione reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'Ufficio Privacy presso la sede di RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

4 Titolare e Responsabile della Protezione dei Dati

RBM Assicurazione Salute S.p.A., con sede in via Forlanini n. 24 - 31022 Loc. Borgo Verde di Preganziol (TV), è il titolare del trattamento al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR scrivendo a privacy@rbmsalute.it / rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

Il Responsabile della protezione dei dati (RDP-DPO) è contattabile all'indirizzo privacy@rbmsalute.it.

FAC-SIMILE

[3] Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

[4] Si tratta, in particolare, di agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionati di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la nostra società ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni).

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

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

---

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