

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 sostenute a seguito di infortunio o malattia per prestazioni area ricoveri, area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali, area prestazioni accessorie e area prevenzione.



Che cosa è assicurato?

La Compagnia rimborsa le seguenti spese:

- ✓ Spese mediche in caso di ricoveri con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento, Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto/Aborto terapeutico, Intervento chirurgico odontoiatrico, Grandi interventi chirurgici (GIC), Trapianti, Riabilitazione post-chirurgica, Grandi Eventi Morbosi (GEM);
- ✓ Indennità sostitutiva ricovero con o senza intervento: la Società corrisponde un'indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero;
- ✓ Neonati: il rimborso delle spese sostenute per cure ed interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici;
- ✓ Cure e Diagnostica di Alta specializzazione: la Società rimborsa le spese per un elenco di prestazioni di alta specializzazione, terapie attinenti patologie oncologiche, terapie e accertamenti endoscopici;
- ✓ Test genetici prenatali non invasivi su DNA fetale;
- ✓ Diagnostica ordinaria e Visite specialistiche: la Società rimborsa le spese per analisi ed esami diagnostici e onorari medici per visite specialistiche;
- ✓ Cure oncologiche: la Società rimborsa le spese per assistenza infermieristica domiciliare, chemioterapia, radioterapia, altre terapie finalizzate alle cure oncologiche e visite specialistiche;
- ✓ Prestazioni fisioterapiche: la Società rimborsa le spese per fisioterapia a seguito di un elenco di patologie;
- ✓ Disturbi specifici dell'apprendimento del minore (DSA);
- ✓ Protesi ortopediche ed acustiche sono rimborsabili le spese sostenute per acquisto, riparazione e sostituzione di protesi ortopediche ed acustiche;
- ✓ Cure dentarie da infortunio;
- ✓ Pacchetto maternità: vengono rimborsate le spese sostenute per visite ed accertamenti di controllo;
- ✓ Prestazioni in Pronto Soccorso;
- ✓ Cura Tossicodipendenti;
- ✓ Assistenza infermieristica;
- ✓ Rimpatrio Salma;
- ✓ Procreazione medicalmente assistita;
- ✓ Assistenza post parto: Supporto psicologico post parto, controllo Arti inferiori e Week-end benessere;
- ✓ Cure termali per minori;
- ✓ Sindrome di Down;
- ✓ Conto Salute;

Segue nella pagina successiva



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non è ammesso l'inserimento in polizza di nuovi assicurati che abbiano già compiuto l'85° anno di età alla data del 31 dicembre 2019.
- ✗ Si segnala inoltre la presenza di una serie di casi in cui la copertura assicurativa non opera. Sono ad esempio esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti, nonché gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni. Sono altresì escluse le spese sostenute per una serie di prestazioni sanitarie (tra cui l'aborto volontario non terapeutico) oppure dovute a cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza. Si ribadisce che tale descrizione dei rischi esclusi è di tipo meramente sintetico e non comprende tutte le casistiche di esclusione previste dalla polizza.



Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura prevede franchigie e scoperti specifici per garanzia, che possono causare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.



Che cosa è assicurato?

La Compagnia rimborsa le seguenti spese:

- ✓ Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori ricoverati in residenza sanitaria assistenziale (RSA);
- ✓ Spese per Visite di controllo, Prevenzione Herpes Zoster, Fecondazione eterologa, controllo pediatrico, consulto nutrizionale e dieta personalizzata e conservazione delle cellule staminali.

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



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo.



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.
- In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assicurato è obbligato a comunicare alla Società il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.
- In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).
- Si precisa che qualora l'Assicurato intenda utilizzare una struttura convenzionata, e/o un medico convenzionato e/o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.



Quando e come devo pagare?

- Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, prevede un frazionamento mensile anticipato come riportato sul certificato di polizza.
- Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società alla quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- 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 00.00 del giorno successivo al pagamento.
- La copertura scade alle ore 24.00 del 31/12/2021.



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 QUIESCENTI BASE + P

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;
2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto;
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; 9. tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita, fatto salvo quanto previsto. 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; 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; 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 depute 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

Ricoveri con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento, Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto/Aborto terapeutico, Intervento chirurgico odontoiatrico, Grandi interventi chirurgici (GIC), Trapianti, Riabilitazione post-chirurgica, Grandi Eventi Morbosi (GEM)

Massimale

Condizioni:

In rete

elenco esteso per Interventi chirurgici plafonati (Int_PLAFONATI), GIC e Interventi chirurgici odontoiatrici (Int_ODONTOIATRICI)

€ 150.000; € 300.000 per GIC

franchigia € 350 per evento; € 100 per Intervento chirurgico ambulatoriale; non prevista per GIC

In rete non in forma diretta (no Cliniche TOP) in Cliniche TOP non in forma diretta , compresi GIC Fuori rete, Intramoenia	scoperto 15%, min. € 2.250 per evento (€ 1.500 per Day Hospital con/senza intervento; € 750 per Intervento chirurgico ambulatoriale); non previsto per GIC scoperto 20%, min. € 3.000 per evento (€ 2.000 per Day Hospital con/senza intervento; € 1.000 per Intervento chirurgico ambulatoriale); scoperto 10%, min. € 1.500 per evento (€ 1.200 per Day Hospital con/senza intervento; € 500 per Intervento chirurgico ambulatoriale); non previsto per GIC
Ricovero senza intervento	limite massimo 5 gg per ricovero e max 3 ricoveri annui esclusione se a scopo diagnostico e per diagnosi pre intervento
Ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza	nei casi di ricovero di durata superiore a 30 gg
Parto cesareo/Aborto terapeutico (escluse Pre/Post)	
Sub-massimale:	€ 4.000
Assistenza ostetrica (sub-limite)	€ 1.500
Condizioni:	al 100%
Parto fisiologico (escluse Pre/Post)	
Sub-massimale:	€ 3.000
Condizioni:	al 100%
Interventi chirurgici odontoiatrici	elenco esteso (Int_ODONTOIATRICI)
Sub-massimale:	€ 15.000
Condizioni:	
In rete	franchigia € 350 per evento
In rete non in forma diretta (no Cliniche TOP)	scoperto 30%, min. € 1.500
in Cliniche TOP non in forma diretta , compresi GIC	scoperto 40%, min. € 2.000
Fuori rete, Intramoenia	scoperto 10%, min. € 1.200
Miopia	con differenziale superiore a 4 diottrie (non causato da precedente intervento correttivo) o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie
Condizioni:	
In rete	franchigia € 350 per evento
In rete non in forma diretta (no Cliniche TOP)	scoperto 15%, min. € 1.500
in Cliniche TOP non in forma diretta , compresi GIC	scoperto 20%, min. € 2.000
Fuori rete, Intramoenia	scoperto 10%, min. € 1.500 per evento (€ 1.200 per Day Hospital con/senza intervento; € 500 per Intervento chirurgico ambulatoriale)
Interventi chirurgici ricostruttivi	mastectomia o quadrantectomia
Massimale	€ 5.000
Pre/Post	90 gg./90 gg.

Condizioni:	
In rete	franchigia € 1.000 per evento
In rete non in forma diretta (no Cliniche TOP)	scoperto 30%, min. € 1.500
in Cliniche TOP non in forma diretta , compresi GIC	scoperto 40%, min. € 2.000
Fuori rete, Intramoenia	scoperto 10%, min. € 1.200
Neonati Correzione Malformazioni congenite	nel primo anno di vita, elevato ai primi 10 anni di vita per impossibilità di effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita
Interventi chirurgici plafonati	elenco esteso (Int_PLAFONATI)
Condizioni:	al 100% l'intervento principale, al 70% gli interventi secondari
Limite retta degenza Fuori rete	€ 250 al giorno; ridotto a € 200 in caso di intervento chirurgico odontoiatrico ed elevato a € 300 in caso di intervento chirurgico ricostruttivo e GEM; non previsto per Parto/Aborto terapeutico; in caso di ricovero per Lunga Degenza € 200 al giorno per i primi 6 mesi; ridotto a € 150 per i mesi successivi
Pre/Post	100 gg./100 gg.
Trattamenti fisioterapici/rieducativi Post intervento chirurgico	120 gg., non previsti per Parto fisiologico, Miopia e Intervento chirurgico odontoiatrico
Retta Accompagnatore	€ 60 al giorno max 30 gg., non prevista per Intervento chirurgico odontoiatrico e Miopia
Limite Assistenza Infermieristica per ricoveri senza intervento	€ 50 al giorno max 5 giorni per evento; elevato a 30 giorni per riabilitazione post chirurgica e GEM
Assistenza Infermieristica per Day hospital senza intervento, Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto/Aborto terapeutico, Intervento chirurgico odontoiatrico	NON PREVISTA
Trasporto	€ 2.000, non previsto per Intervento chirurgico ambulatoriale, Intervento chirurgico odontoiatrico, Miopia e SSN
Indennità Sostitutiva	
Massimale	90 giorni per persona/anno
Ricoveri con intervento	€ 55 al giorno
Ricoveri senza intervento	€ 55 al giorno
GIC	€ 75 al giorno
Day Hospital con intervento	€ 30 al giorno
Day Hospital senza intervento	€ 30 al giorno
Pre/Post	100 gg./100 gg., al 100% (escluso il caso di ricovero in regime di intramoenia)
Trattamenti fisioterapici/rieducativi Post intervento chirurgico	al 100%, 120 gg., non previsti per Parto fisiologico, Miopia e Intervento chirurgico odontoiatrico, al 100% (escluso il caso di ricovero in regime di intramoenia)
AREA PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE SPECIALISTICHE E/O AMBULATORIALI	
Cure e Diagnostica di Alta Specializzazione (AS)	elenco esteso (ALTA_D)

Massimale Condizioni: In rete In rete non in forma diretta In Cliniche TOP non in forma diretta Fuori rete Ticket Test genetici prenatali non invasivi su dna fetale	€ 5.000 franchigia € 30 per fattura scoperto 30% min. € 90 per fattura scoperto 40% min. € 120 per fattura scoperto 20% min. € 60 per fattura al 100% compresi nel massimale AS
Diagnostica Ordinaria e Visite Specialistiche (VS) Massimale Condizioni: In rete In rete non in forma diretta In Cliniche TOP non in forma diretta Fuori rete Ticket	esclusi gli accertamenti previsti in AS e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici non da infortunio; comprese visite specialistiche/accertamenti odontoiatrici e ortodontici da infortunio con certificato di PS entro 24 mesi dall'evento € 3.000 franchigia € 30 per fattura scoperto 30% min. € 90 per fattura scoperto 40% min. € 120 per fattura scoperto 20% min. € 60 per fattura al 100%
Prestazioni fisioterapiche Massimale Condizioni: In rete Diretta domiciliare In rete non in forma diretta In Cliniche TOP non in forma diretta Fuori rete Ticket	soltanto per infortunio con certificato di PS entro 24 dall'evento; ictus cerebrale; neoplasie; forme neurologiche degenerative e omeoplastiche (sclerosi multipla, SLA, ecc.); forme neuromiopatiche; forme morbose miste a carico del sistema neuromuscolare; interventi cardiocirurgici, di chirurgia toracica e amputazione di arti € 500 scoperto 20% min. € 60 per ciclo di cura franchigia € 20 ad accesso scoperto 30% min. € 90 per ciclo di cura scoperto 40% min. € 120 per ciclo di cura scoperto 20% min. € 60 per ciclo di cura al 100%
Cure oncologiche Massimale Condizioni:	prestazioni per patologie oncologiche per assistenza infermieristica domiciliare, chemioterapia, radioterapia, altre terapie oncologiche, visite specialistiche; ad esaurimento del presente massimale, si utilizzeranno quelli di AS e VS € 2.000 al 100%
Protesi ortopediche e acustiche	

	Massimale	€ 3.000
	Condizioni:	al 100%
Cure dentarie da infortunio		in presenza di certificato di PS entro 24 mesi dall'evento
	Massimale	€ 4.000
	Condizioni:	al 100%
Disturbi specifici dell'apprendimento del minore (DSA)		secondo quanto previsto dal DSM -5, a condizione che la diagnosi sia certificata da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale
	Massimale	€ 1.500,00 per nucleo e per anno per casi moderati o severi oppure fino a € 500,00 per nucleo e per anno per casi lievi
	Condizioni:	
	In rete	franchigia € 40 per fattura
	In rete non in forma diretta	scoperto 30% min. € 90 per fattura
	In Cliniche TOP non in forma diretta	scoperto 40% min. € 120 per fattura
	Fuori rete	scoperto 20% min. € 60 per fattura
	Ticket	al 100%
Pacchetto maternità		visite e accertamenti di controllo nei primi 6 mesi di gravidanza; in caso di aborto spontaneo, entro 3 mesi, 1 visita ginecologica e 3 visite psicologico
	Massimale	€ 500
	Condizioni:	al 100%
AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE		
Prestazioni in Pronto Soccorso		prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio senza ricovero; sono comprese anche le seguenti prestazioni <u>in presenza di prescrizione del PS</u> : applicazione e rimozione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali e trasporto
	Massimale	€ 1.000 per evento e per anno
Cura tossicodipendenti		per il recupero da tossicodipendenza presso comunità terapeutiche convenzionate ASL
	Massimale	€ 3.000 per persona e per anno, massimo € 30.000 per la totalità degli Assistiti
	Condizioni:	se le richieste complessive degli Assistiti superassero l'importo di € 30.000, il contributo verrà ripartito proporzionalmente fra i richiedenti
Anticipo spese sanitarie		per GIC, massimo 50% della spesa da sostenere entro il 50% del massimale dell'Area Ricoveri
Rimpatrio salma		in caso di morte dell'Assicurato a seguito di ricovero (anche in regime di day hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico
	Massimale	€ 2.000

	Condizioni:	escluse spese per cerimonie funebri e inumazione
Procreazione medicalmente assistita	Massimale	€ 700 per nucleo e per anno
	Condizioni:	escluse le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore qualora il trattamento sia effettuato all'Estero
Assistenza post-parto	Massimale	Illimitato
	Condizioni:	elenco esteso (POST_P), entro 1 anno dal parto
Cure termali per minori	Massimale	Illimitato
	Condizioni:	max. 1 ciclo per anno, max. € 35,00 a seduta
Sindrome di Down (figli di assistiti)	Massimale	€ 1.000 annui max. 5 anni
	Condizioni:	per diagnosi di Trisomia 21 nei primi 3 anni di vita
Conto Salute		PREVISTA
Indennità Genitori in RSA	Massimale	per ricoveri in RSA di durata di almeno 12 mesi consecutivi
	Condizioni:	€ 350 per anno/persona in assenza di rimborsi sanitari nel corso dell'annualità assicurativa
AREA PREVENZIONE		
Visite di controllo	Massimale	Effettuate presso strutture convenzionate
	Condizioni:	Illimitato al 100% - 1 visita al mese per Assicurato
Vaccinazione antinfluenzale	Massimale	Eseguita fuori rete
	Condizioni:	Illimitato 1 vaccino annuale per Assicurato
Prevenzione herpes zoster	Massimale	Effettuata presso strutture convenzionate
	Condizioni:	Illimitato età > 55 anni, franchigia € 36,15 per prestazione
Controllo pediatrico	Massimale	Effettuato presso strutture convenzionate
	Condizioni:	Illimitato franchigia € 36,15 per prestazione - da elenco, tra i 6 mesi e i 6 anni di vita
Consulto nutrizionale e dieta personalizzata	Massimale:	1 consulto e dieta personalizzata per biennio e per persona

	In rete	Illimitato
	Fuori rete	€ 80,00 biennio/persona (€ 50,00 per la visita e € 30,00 per la dieta)
Conservazione cellule staminali	Massimale	€ 500 per nucleo e per anno

 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 premio è comprensivo 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 prevista.
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 in quiescenza 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.

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
per il Personale in quiescenza – PIANO SANITARIO BASE + P

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)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente le condizioni
di assicurazione**

MODELLO FI0874
Edizione 01/01/2020

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

SOMMARIO

Condizione di Assicurazione da pag. 1 a pag. 35:

- SEZIONE I

•Glossario *da pag. 1*

•Capitolo 1 – Informazioni generali - *da pag. 4*

•Capitolo 2 - Condizioni assicurative - *da pag. 6*

- SEZIONE II

•Capitolo 1 – Norme relative all'Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie - *da pag. 9*

•Capitolo 2 - Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione - *da pag. 27*

•Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 29*

- SEZIONE III

•Capitolo 1 – Informazioni aggiuntive – *da pag. 35*

Allegati:

1) Elenco interventi chirurgici plafonati

2) Elenco Grandi Interventi Chirurgici

3) Elenco Gravi Eventi Morbosi

4) Elenco Cliniche TOP

5) Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie

6) 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	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.
Struttura sanitaria convenzionata	Ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera - come sopra definita - rientrante nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A.
Équipe operatoria	Il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento.
Équipe operatoria convenzionata	Ogni équipe operatoria - come sopra definita - rientrante nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A.
Assistenza Infermieristica	L'assistenza infermieristica professionale prestata da personale fornito di specifico diploma.
Ricovero	La degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.
Day Hospital	La degenza in Istituto di cura che di norma si esaurisce in giornata a seguito di terapie mediche o prestazioni chirurgiche.
Intervento chirurgico ambulatoriale	L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero.
Gravi Eventi Morbosi	Gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza (Allegato n. 3).
Lunga degenza	Ricovero medico in degenza riabilitativa per il recupero e/o il miglioramento delle condizioni fisiche dell'Assicurato mediante trattamenti medici e/o fisioterapici con permanenza presso Strutture sanitarie dedicate alla Lungo degenza (es. RSA Residenze Sanitarie Assistenziali), o reparti di strutture sanitarie dedicate alla lungo degenza, intendendosi pertanto esclusi i casi di ricovero per Lunga degenza in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
Plafond	L'importo massimo indennizzabile dalla Società, in caso di intervento chirurgico riportato nella Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati".

Franchigia	Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato. Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato.
Ingessatura	Mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.
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.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna, sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ, sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
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.
Protesi acustica (Apparecchio acustico)	è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.
Protesi ortopediche	sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).
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

Centro Autorizzato Previmedical

centro appartenente alla Rete di strutture convenzionate aderente a specifiche iniziative promozionali di RBM Assicurazione Salute. L'elenco dei Centri Autorizzati RBM Assicurazione Salute è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it.

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.

Forma indiretta/fuori Rete:

prestazioni presso strutture/specialisti non rientranti nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A. ovvero presso strutture/specialisti rientranti nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A., ma senza che gli Assicurati abbiano seguito le modalità richieste per l'accesso alle prestazioni in Rete.

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

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).

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

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)

3. Periodi di carenza contrattuali

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

4. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

5. Diritto di recesso

La facoltà di recesso del Contraente/Assicurato è prevista.

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.

7. Reclami

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

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.

- 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

8.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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.

8.2 Decorrenza dell'Assicurazione

L'assicurazione decorre 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 24.00 del giorno 31/12/2021.

8.3 Obblighi di consegna documentale a carico del Contraente

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di mettere a disposizione, anche tramite tecniche di comunicazione a distanza, all'Assicurato i seguenti documenti:

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

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

8.4 Adesione alla copertura – Variazione degli Assicurati

L'assicurazione è prestata per gli Assicurati che la Contraente dovrà indicare entro il 30/04/2020.

Trascorsi tali termini non saranno possibili variazioni di assicurati, salve le eccezioni di seguito indicate.

1) Inclusione in corso d'anno

L'inclusione successiva alle date sopraindicate è permessa solamente nei seguenti casi:

- a) nascita, adozione o affidamento di un figlio;
- b) matrimonio;
- c) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare;
- d) 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 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purchè 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.

2) Cessazione della copertura in corso d'anno

La cessazione della copertura prima della sua naturale scadenza del 31/12/2021, è possibile solamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) decesso del titolare o di un familiare assicurato;
- b) divorzio/separazione con sentenza per il coniuge del titolare;
- c) 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;
- d) adesione di un familiare ad una copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro;
- e) raggiungimento dell'85° anno di età, salva la possibilità di mantenere la copertura nei termini previsti dall'Art. 9.9 "Limite di età";
- f) esclusione del titolare deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente.

Nei casi ai punti b), c), d) e e) l'assicurazione cesserà la sua validità alla prima scadenza annuale successiva al verificarsi dell'evento.

Nel caso di decesso del titolare in quiescenza, gli eventuali familiari assicurati rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annuale successiva all'evento.

Nel caso di esclusione del titolare deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente, lo stesso e gli eventuali familiari assicurati cesseranno immediatamente dalla copertura con il verificarsi dell'evento.

Per tutti i casi sopramenzionati, non si procederà ad alcun rimborso del premio.

3) Variazione della copertura in corso d'anno

Possono verificarsi durante la validità della copertura, le seguenti variazioni.

- a) gestione dei carichi fiscali

la comunicazione del carico fiscale in ciascun anno di copertura dovrà essere effettuata dall'Assicurato sulla base della situazione reddituale del proprio familiare consolidata nell'annualità precedente. Pertanto, eventuali variazioni della situazione reddituale del familiare dell'assicurato in corso d'anno non avranno effetto sulla determinazione del premio per l'annualità in corso ma costituiranno esclusivamente la base per la determinazione del premio nell'annualità successiva.

- b) variazione per un familiare già assicurato dello stato di convivenza/non convivenza risultante dallo stato di famiglia:

La modifica dello stato di convivenza per un familiare già assicurato avvenuta nel corso di un anno assicurativo non produce effetti sul premio dovuto per l'anno in cui è avvenuta la modifica.

- c) variazione da convivente more uxorio a coniuge:

In caso di matrimonio nel corso di un anno assicurativo con il convivente more uxorio già assicurato, la modifica non produce effetti sul premio dovuto per l'anno in cui è avvenuto il matrimonio.

8.5 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

8.6 Rinvio alla legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

Resta inteso che qualora dovessero intervenire modifiche legislative tali da dover modificare le condizioni contrattuali, le Parti si riuniranno per definire i nuovi termini di assicurazione.

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

8.8 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. 8.7 "Foro competente".

Sezione II

CAPITOLO 1 - NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE

9.1 Persone assicurabili

L'Assicurazione è prestata a favore del personale in quiescenza del Gruppo UniCredit, purché detto personale sia iscritto a Uni.C.A.

L'Assicurazione opera anche nei confronti dei familiari di seguito specificati:

- gratuitamente, per il coniuge e i figli fiscalmente a carico;
- con versamento del relativo premio per:
 - 1) il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente "more uxorio" (quest'ultimo purché risultante dallo stato di famiglia);
 - 2) i figli non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia, a cui sono equiparati i figli non fiscalmente a carico, risultanti sullo stato di famiglia dell'altro genitore separato o divorziato;
 - 3) i figli fiscalmente non a carico e non conviventi che non abbiano compiuto 35 anni alla data di inserimento in copertura, non coniugati e non conviventi more uxorio (con limite di reddito complessivo di € 26.000 annui lordi).

Nei casi 1) e 2) l'inclusione dovrà riguardare tutti i soggetti risultanti dallo stato di famiglia (salvo i soggetti già fruitori di altra forma di assistenza sanitaria predisposta dal proprio datore di lavoro per i quali venga chiesta l'esenzione dal predetto obbligo).

Il coniuge, anche legalmente ed effettivamente separato, può essere sempre incluso in garanzia, pur se con domicilio e/o residenza diversi dal titolare in servizio assicurato.

Nel caso in cui gli Assicurati aderiscano alla presente assicurazione in corso di validità del contratto - purché espressamente consentito dalle Condizioni di Assicurazione (ad esempio: matrimonio, nuove nascite, ecc.), è operante il massimale annuo previsto per ciascun nucleo familiare.

L'Assicurazione è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assicurato;
- senza limitazioni territoriali;
- sino al termine dell'annualità (31 dicembre) in cui è avvenuto il compimento del 85° anno di età dell'Assicurato, salvo quanto stabilito dall'Art. 9.9 "Limite di età".

9.2 Oggetto dell'assicurazione

La Società garantisce le prestazioni di seguito indicate, purché conseguenti ad infortunio, malattia o parto, indennizzabili a termini di contratto per le spese sostenute dall'Assicurato, direttamente o indirettamente (in rete convezionata o in applicazione del regime rimborsuale) aderente al Piano Sanitario collettivo BASE + P.

OPZIONE BASE + P

9.3 AREA RICOVERI

La Società garantisce il pagamento diretto o il rimborso delle prestazioni di seguito indicate, fino a concorrenza della somma complessiva di **€ 150.000,00** per nucleo familiare e per anno assicurativo. Ferma l'applicazione di eventuali scoperti o franchigie previsti dalle singole prestazioni.

Il predetto massimale s'intende elevato ad **€ 300.000,00** nei soli casi di interventi chirurgici riportati nell'elenco "Grandi interventi chirurgici" che segue.

Inoltre, la Società, in caso di intervento chirurgico riportato nella specifica Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", rimborsa le spese ivi sostenute fino a concorrenza delle somme indicate nella precitata Tabella, previa applicazione dello scoperto o franchigia eventualmente previsti.

I sottolimiti di rimborso di cui alla Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", sono riferiti, esclusivamente, alle spese sostenute durante il periodo di ricovero comportante l'intervento chirurgico. Gli eventuali scoperti o franchigie previsti per le singole prestazioni saranno applicati una sola volta sull'ammontare complessivo delle spese sostenute per il ricovero con intervento chirurgico, considerando tali: la spesa sostenuta per il ricovero, e le eventuali prestazioni sanitarie sostenute precedentemente e successivamente l'intervento chirurgico nei termini previsti dal presente art. 9.3 "Area ricoveri".

Nel caso in cui il ricovero contempli più di un intervento chirurgico individuabile nella Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", la Società corrisponderà l'indennizzo al 100% fino a concorrenza dell'importo plafonato per l'intervento principale (così definito dal chirurgo) e al 70% fino a concorrenza degli importi plafonati relativi agli interventi chirurgici secondari, ferma l'applicazione dello scoperto o franchigia eventualmente previsti.

A- PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI EFFETTUATI IN ISTITUTO DI CURA

1) In caso di **ricovero con intervento chirurgico**, vengono rimborsate le spese relative a:

- 1.1 onorari équipe medica, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato, relativi al periodo di ricovero con intervento chirurgico;
- 1.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- 1.3 rette di degenza:
 - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
 - fino a concorrenza di **€ 250,00** giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;
- 1.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei **100** giorni precedenti il ricovero;
- 1.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali le cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei **100** giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- 1.6 le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei **120** giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- 1.7 assistenza infermieristica privata individuale massimo 30 giorni per evento/€ 50,00 al giorno;
- 1.8 nel caso di trapianto, si intendono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.



2) In caso di **ricovero senza intervento chirurgico (ricovero medico)**, vengono rimborsate le spese, fino ad un limite massimo di 5 giorni di ricovero per un massimo di 3 ricoveri anno/persona, relative a:



- 2.1 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- 2.2 rette di degenza:
 - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
 - fino a concorrenza di **€ 250,00** giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;
- 2.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei **100** giorni precedenti il ricovero;
- 2.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- 2.5 assistenza infermieristica privata individuale, fino a concorrenza di **€ 50,00** al giorno per un massimo di 5 giorni per evento, in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

3) In caso di **ricovero in regime di Day Hospital con intervento chirurgico**, vengono rimborsate le spese relative a:



- 3.1 onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;
- 3.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- 3.3 rette di degenza:
 - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
 - fino a concorrenza di **€ 250,00** giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;
- 3.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei **100** giorni precedenti il ricovero;
- 3.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei **100** giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- 3.6 le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei **120** giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

4) In caso di **ricovero in regime di Day Hospital senza intervento chirurgico**, vengono rimborsate le spese relative a:



- 4.1 l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti

diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

4.2 rette di degenza

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di € 250,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.

Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

4.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei **100** giorni precedenti il ricovero;

4.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei **100** giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

5) In caso di **intervento chirurgico ambulatoriale**, vengono rimborsate le spese relative a:

5.1 gli onorari équipe, gli eventuali diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;

5.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;

5.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei **100** giorni precedenti l'intervento;

5.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei **100** giorni successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento stesso;

5.5 le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei **120** giorni successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento stesso;



6) In caso di **parto cesareo/aborto terapeutico**, vengono rimborsate le spese relative a:

6.1 onorari équipe, i diritti di sala parto, il materiale di intervento;

6.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

6.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

6.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei **100** giorni precedenti il ricovero;

6.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, effettuati nei **100** giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

6.6 l'assistenza ostetrica (durante il periodo di ricovero e nei giorni precedenti e successivi ad esso). Le prestazioni vengono rimborsate nel sub-limite di € 1.500,00 per anno e per nucleo.



Le spese di cui ai punti 6.1, 6.2 e 6.3 vengono rimborsate nel limite massimo di € 4.000,00 per nucleo e per anno.

7) In caso di **parto fisiologico**, vengono rimborsate le spese relative a:

- 7.1 onorari équipe, i diritti di sala parto;
- 7.2 l'assistenza medico-infermieristica e ostetrica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- 7.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- 7.4 accertamenti diagnostici ed onorari per visite specialistiche e ostetriche, effettuati nei **100** giorni precedenti il ricovero;
- 7.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche e ostetriche, cure, effettuate nei **100** giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal parto.

Le spese di cui ai punti 7.1, 7.2, e 7.3 vengono rimborsate nel limite massimo di **€ 3.000,00** per nucleo e per anno.



8) In caso di **intervento chirurgico odontoiatrico** (osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radicolari, adamantinoma e odontoma), vengono rimborsate le spese relative a:

- 8.1 onorari medico specialista, implantologia dentale, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto relativo all'intervento;
- 8.2 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei **100** giorni precedenti l'intervento;
- 8.3 rette di degenza:
 - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
 - fino a concorrenza di **€ 200,00** giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie.
- 8.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, effettuate nei **100** giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui ai punti 8.1, 8.2 e 8.4, vengono rimborsate nel limite massimo di **€ 15.000,00** per nucleo e per anno.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

9) In caso di **miopia** con differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie (purchè non causato da precedente intervento correttivo) o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie, vengono rimborsate le spese relative a:

- 9.1 intervento di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- 9.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- 9.3 rette di degenza:
 - senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);



- fino a concorrenza di € 250,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta diretta (anche in caso di ricovero in regime di Day Hospital). Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

9.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento;

9.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche effettuate nei 100 giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

- 10) In caso di **intervento chirurgico a scopo ricostruttivo a seguito di mastectomia o quadrantectomia per il relativo intervento di adeguamento contro laterale, compreso il supporto psicologico**, vengono rimborsate le spese relative a:



10.1 onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;

10.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

10.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

10.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei **90** giorni precedenti il ricovero;

10.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei **90** giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti 10.1, 10.2, 10.3, 10.4 e 10.5 vengono rimborsate nel limite massimo di € 5.000,00 per nucleo e per anno.

- 11) In caso di **ricovero senza intervento chirurgico per riabilitazione post chirurgica**, vengono rimborsate le spese relative a:



11.1 assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

11.2 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di € 300,00 giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.

Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

11.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei **100** giorni precedenti il ricovero;

11.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei **100** giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

11.5 assistenza infermieristica privata individuale, fino a concorrenza di € 50,00 al giorno per un massimo di **30** giorni per evento, in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

- 12) In caso di **ricovero senza intervento chirurgico per Gravi Eventi Morbosi** elencati nell'allegato n. 3, vengono rimborsate le spese relative a:



12.1 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

12.2 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
- fino a concorrenza di **€ 300,00** giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.

Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

12.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei **100** giorni precedenti il ricovero;

12.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei **100** giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

12.5 assistenza infermieristica privata individuale, fino a concorrenza di **€ 50,00** al giorno per un massimo di **30** giorni per evento, in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

- 13) In caso di **ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza**, qualora:



- vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico e riabilitazione post chirurgica nell'ambito del medesimo ricovero e la degenza complessiva si sia protratta per oltre i **30** giorni;

- vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico e ulteriore ricovero presso altro istituto di Cura specializzato in riabilitazione post chirurgica e la degenza complessiva si sia protratta per oltre i **30** giorni;

vengono rimborsate le seguenti spese erogate presso strutture sanitarie dedicate:

13.1 Onorari medici, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

13.2 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);
- fino a concorrenza di **€ 200,00** giornalieri per i primi **6** mesi e di **€ 150,00** per i successivi mesi di permanenza, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta. Tale previsione si applica a partire dal **31°** giorno di degenza complessiva; sino al **30°** giorno di degenza complessiva, saranno applicate le previsioni relative alle rette di degenza di cui al ricovero senza intervento chirurgico per riabilitazione post chirurgica.

Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie.

Qualora la degenza riabilitativa venga effettuata in strutture sanitarie non dedicate alla lungodegenza, a partire dal **31°** giorno di degenza complessiva verranno rimborsate rette di degenza fino a concorrenza di **€ 100,00** giornalieri, per i ricoveri effettuati sia in forma diretta che indiretta.

Nei casi in cui non siano presenti strutture sanitarie dedicate alla lungodegenza:

- entro **50 Km** dalla residenza/domicilio dell'Assicurato;
- oppure, se il ricovero con intervento chirurgico e riabilitazione post chirurgica è avvenuto in altra città rispetto a quella di residenza/domicilio e l'Assicurato decida di proseguire il ricovero nella

stessa città, entro **50 Km** dal luogo in cui si trova la struttura sanitaria in cui è avvenuto il predetto ricovero,

saranno applicate le previsioni di cui al punto 13.2 rette di degenza del ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza.

B- SCOPERTO

Il pagamento delle spese di cui alla precedente lettera A avviene con le seguenti modalità.

Ricoveri effettuati in forma diretta

La liquidazione avverrà con le seguenti modalità:

lettera A punti 1), 2), 3), 4), 8), 9), 11), 12) e 13): applicazione di una franchigia di **€ 350,00** per ricovero;

lettera A punto 5): applicazione di una franchigia di **€ 100,00** per evento;

lettera A punti 6) e 7): non viene applicata alcuna franchigia;

lettera A punto 10): applicazione di una franchigia di **€ 1.000,00** per ricovero.

Le franchigie sopra indicate, ove previste, si applicano anche alle prestazioni sanitarie precedenti e successive al ricovero, nel caso in cui non siano effettuate in regime di convenzione diretta.

Nessuna franchigia viene applicata in caso di intervento chirurgico compreso nell'“Elenco grandi interventi chirurgici”

Ricoveri effettuati in forma indiretta

La liquidazione avverrà con le seguenti modalità:

lettera A punto 1), 2), 11), 12) e 13): applicazione di uno scoperto del **10%** con un minimo di **€ 1.500,00** per ricovero;

lettera A punto 3) e 4) : applicazione di uno scoperto del **10%** con un minimo di **€ 1.200,00** per ricovero;

lettera A punto 5): applicazione di uno scoperto del **10%** con un minimo di **€ 500,00** per intervento;

lettera A punti 6) e 7): non viene applicato alcuno scoperto;

lettera A punti 8) e 10): applicazione di uno scoperto del **10%** con un minimo di **€ 1.200,00** per intervento;

lettera A punto 9): applicazione di uno scoperto del **10%** con un minimo di **€ 500** (in caso di intervento ambulatoriale), **€ 1.200** (in caso di intervento in day hospital) ed **€ 1.500** (in caso di intervento con ricovero).

Nessuno scoperto né franchigia viene applicato in caso di intervento chirurgico compreso nell'“Elenco grandi interventi chirurgici”. Tuttavia, laddove i predetti grandi interventi chirurgici vengano effettuati in forma indiretta nelle strutture sanitarie indicate nell'“Elenco cliniche TOP”, ma con équipes operatorie non convenzionate, si applicano comunque gli scoperti e le franchigie previsti al presente paragrafo.

Ricoveri effettuati in forma indiretta nelle strutture sanitarie convenzionate (escluse quelle indicate nell'“Elenco Cliniche TOP”) e con équipes operatorie convenzionate

La liquidazione avverrà pertanto con le seguenti modalità:

lettera A punto 1), 2), 11), 12) e 13): applicazione di uno scoperto del **15%** con un minimo di **€ 2.250,00** per ricovero;

lettera A punto 3), 4) e 9): applicazione di uno scoperto del **15%** con un minimo di **€ 1.500,00** per ricovero;

lettera A punto 5): applicazione di uno scoperto del **15%** con un minimo di **€ 750,00** per intervento;

lettera A punti 6) e 7): non viene applicato alcuno scoperto;

lettera A punti 8) e 10): applicazione di uno scoperto del **30%** con un minimo di € **1.500,00** per intervento.

Ricoveri effettuati in forma indiretta nelle strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” e con équipes operatorie convenzionate, anche in caso di intervento chirurgico compreso nell'”Elenco grandi interventi chirurgici”

La liquidazione avverrà pertanto con le seguenti modalità:

lettera A punto 1), 2), 11), 12) e 13): applicazione di uno scoperto del **20%** con un minimo di € **3.000,00** per ricovero;

lettera A punto 3), 4) e 9): applicazione di uno scoperto del **20%** con un minimo di € **2.000,00** per ricovero;

lettera A punto 5): applicazione di uno scoperto del **20%** con un minimo di € **1.000,00** per intervento;

lettera A punti 6) e 7): non viene applicato alcuno scoperto;

lettera A punti 8) e 10): applicazione di uno scoperto del **40%** con un minimo di € **2.000,00** per intervento.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 300.000,00

Costo dell'intervento di tiroidectomia totale € 15.800,00

Nessuna franchigia

Prestazione autorizzata € 15.800,00

Regime rimborsuale in Cliniche TOP con équipes convenzionate

Massimale € 300.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di tiroidectomia totale € 15.800,00

Scoperto 20% minimo € 3.000,00

Indennizzo € 12.640,00 (€ 14.298,00 - 20, perché lo scoperto del 20% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)

C- SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Con riferimento al solo ricovero, qualora le prestazioni disciplinate nella precedente lettera A (fatta eccezione per quelle di cui al punto 5) siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale quello comprendente il pernottamento) per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi pari

ad:

- € **55,00** giornalieri per i ricoveri con o senza intervento chirurgico;

- € **75,00** giornalieri in caso di Grande Intervento

Inoltre, nei casi di ricovero in regime di Day Hospital di cui alla precedente lettera A, punti 3), 4) e 8), che si sia esaurito in giornata, viene corrisposta un'indennità sostitutiva pari ad € **30** giornalieri per i ricoveri con o senza intervento chirurgico.

Le indennità giornaliere del presente paragrafo sono corrisposte nel limite massimo di 90 giorni per persona e per anno e non sono previste per le prestazioni disciplinate nel successivo art. 9.5 “Area prestazioni accessorie” alla lettera G.

La Società rimborserà in ogni caso le prestazioni sostenute precedentemente e successivamente il ricovero – indennizzabili a termini di contratto – nel rispetto di quanto disposto alla precedente lettera A, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel solo caso di intervento, il limite previsto per le prestazioni post ricovero di 100 gg sarà elevato a 120 gg per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, finalizzate al recupero della salute.



Qualora il ricovero avvenga in regime di intramoenia le spese sostenute vengono rimborsate secondo quanto indicato alla lettera A, con l'applicazione degli scoperti di cui alle voci relative ai ricoveri effettuati in forma indiretta.

D- ACCOMPAGNATORE

Con riferimento alle prestazioni di cui alla lettera A, punti 1), 2), 6) 7), 10), 11) e 12) vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera e le spese di trasporto per un accompagnatore dell'Assicurato, con il limite giornaliero di € 60,00 e con un massimo di 30 giorni per nucleo e per anno.

Tale garanzia non è operante per i ricoveri effettuati a totale carico del SSN disciplinati alla precedente lettera C.



E- TRASPORTO SANITARIO

Sono rimborsate le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto anche non sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero. In quest'ultimo caso, qualora venga utilizzata un'auto propria, sono rimborsate le spese sostenute per pedaggi e consumo di carburante contro presentazione dei relativi giustificativi di spesa.

Il rimborso delle spese sostenute a questo titolo avviene entro il limite di € 2.000,00 per nucleo e per anno. La presente prestazione è rimborsata limitatamente ai casi disciplinati alle precedenti lettere A (esclusi i punti 5), 8), 9) e C.



9.4 AREA PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE SPECIALISTICHE E/O AMBULATORIALI

A.1 CURE E DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa, entro il limite massimo di € 5.000,00 per nucleo e per anno, le prestazioni di "alta specializzazione" di cui al seguente elenco.

Diagnostica di Alta specializzazione

- Amniocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia



- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia

Terapie

- Alcoolizzazione
- Dialisi
- Laserterapia (esclusa se effettuata a fini chirurgici e riabilitativi; per quest'ultimi, è comunque compresa quella effettuata per patologie in forma acuta entro il limite massimo di **18** sedute)

Accertamenti endoscopici

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosopia
- Rettoscopia

La presente garanzia è operante anche nel caso in cui l'accertamento endoscopico richieda, contestualmente – a completamento dell'analisi – prelievo biptico.

Mentre gli interventi effettuati tramite endoscopia saranno rimborsati esclusivamente nell'ambito e nei termini previsti per gli "interventi chirurgici ambulatoriali".

A.2 TEST GENETICI PRENATALI NON INVASIVI SU DNA FETALE

La Società rimborsa, entro il limite per nucleo e per anno di cui alla lettera A.1, le spese sostenute per test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (es. Harmony test, Prenatal Safe, ecc.). La presente

garanzia verrà riconosciuta se effettuata a partire dai 30 anni di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto.

B- DIAGNOSTICA ORDINARIA E VISITE SPECIALISTICHE

La Società rimborsa inoltre fino a concorrenza di € 3.000,00 per nucleo e per anno:

1. analisi ed esami diagnostici, con esclusione di quelli elencati alla lettera A del presente art. 2.4 “Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali” delle CGA e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio. In quest’ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purchè conseguenti ad infortunio, documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero e lo stesso sia occorso entro i 24 mesi antecedenti l’effettuazione dell’accertamento;



2. onorari medici per visite specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche di controllo e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio. In quest’ultimo caso, le predette visite vengono rimborsate purchè conseguenti ad infortunio, documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero e lo stesso sia occorso entro i 24 mesi antecedenti l’effettuazione della visita.

Ai fini del rimborso delle visite specialistiche soprariportate, tali prestazioni devono essere effettuate da medico con specializzazione attinente alla patologia denunciata.

Le prestazioni di cui alle precedenti lettere A.1, A.2 e B vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con l’applicazione di:

- una franchigia di € 30,00 per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto 20% con il minimo di € 60,00 per prestazione/ciclo di terapia se non effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto 30% con il minimo di € 90,00 per prestazione/ciclo di terapia/visita specialistica (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta;
- uno scoperto 40% con il minimo di € 120,00 per prestazione/ciclo di terapia (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell’“Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta.

Esempi per lettera A.1:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Franchigia € 30,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 215,00 a carico della Società e € 30,00 a carico dell’Assicurato

Regime rimborsuale in Cliniche TOP senza attivazione dell’assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Scoperto 40% minimo € 120,00

Indennizzo € 125,00 (€ 245,00 - € 120,00, perché lo scoperto del 40% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

C- PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

La Società rimborsa, fino a concorrenza di € 500,00 per nucleo e per anno, le spese sostenute per fisioterapia esclusivamente presso Centri Medici, effettuata da medico specialista o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo a seguito di:



- Infortunio, documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 24 ore dall'evento ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della prestazione fisioterapica;
- ictus cerebrale;
- neoplasie;
- forme neurologiche degenerative e omeoplastiche; a titolo esemplificativo: sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e tutte le forme neurologiche croniche dovute a processi degenerativi a carico del sistema nervoso centrale.
- forme neuromiopatiche: forme morbose miste a carico del sistema neuromuscolare;
- interventi cardiocirurgici, di chirurgia toracica e amputazione di arti.

Nei soli casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo.

C.1 FISIOTERAPIA DOMICILIARE

Con riferimento alle seguenti casistiche:

- Infortunio, documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 24 ore dall'evento ed occorso entro 24 mesi antecedenti alla prestazione fisioterapica
- Ictus cerebrale, neoplasie, forme neurologiche degenerative, neuromiopatiche e omoplastiche
- Interventi cardiocirurgici e di chirurgia toracica, amputazione di arti

previa prescrizione medica, alternativamente all'erogazione presso una Struttura Sanitaria convenzionata l'Aderente potrà richiedere attraverso la Centrale Operativa di poter fruire della prestazione direttamente presso il proprio domicilio. Le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare vengono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate con applicazione della franchigia pari ad € 20 ad accesso.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate dietro prescrizione del medico specialista e con l'applicazione di:

- uno scoperto del **20%** con il minimo di **€ 60,00** per ogni ciclo di cura, in rete e fuori rete;
- uno scoperto **30%** con il minimo di **€ 90,00** per ogni ciclo di cura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta ;
- uno scoperto **40%** con il minimo di **€ 120,00** per ogni ciclo di cura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'”Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta .

Al fine dell'applicazione di un unico scoperto o franchigia, la richiesta di rimborso dovrà essere presentata dall'Assicurato al termine del ciclo di cura.

Le prestazioni di cui alla lettera C.1 vengono rimborsate dietro prescrizione del medico specialista e con l'applicazione di una franchigia di **€ 20,00** ad accesso.

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le terapie effettuate in centri fitness o estetici.

Esempi per lettera C.1:

Regime di assistenza diretta domiciliare

Massimale € 1.400,00

Costo della massoterapia (3 sedute) € 240,00

Franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 180,00 a carico della Società e € 60,00 a carico dell'Assicurato

D- CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa, fino a concorrenza di **€ 2.000,00** per nucleo e per anno, le prestazioni legate a patologie oncologiche sostenute per:

- assistenza infermieristica domiciliare;



- chemioterapia;
- radioterapia;
- altre terapie finalizzate alle cure oncologiche;
- visite specialistiche.

Ai fini del rimborso delle terapie e visite specialistiche soprariportate, tali prestazioni devono essere effettuate da medico con specializzazione attinente alla patologia denunciata.

Qualora le suindicate prestazioni siano contemplate anche nelle precedenti lettere A e B del presente art. 9.4 “Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali”, in caso di rimborso delle prestazioni, si procederà - in primo luogo – ad erogare il massimale previsto per la presente garanzia “Cure oncologiche”. Ad esaurimento del predetto massimale, verrà utilizzato quello previsto per le suddette lettere A e B.

La presente garanzia non è operante nel caso in cui le cure oncologiche siano effettuate in regime di ricovero, anche in day hospital.

E- PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa, fino a concorrenza di € 3.000,00 per nucleo e per anno, le spese per acquisto, riparazione e sostituzione di protesi ortopediche ed acustiche.



F- CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società, rimborsa fino a concorrenza di € 4.000,00 per nucleo e per anno, le spese per cure dentarie effettuate in ambulatorio, rese necessarie da infortunio (documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 24 ore dall'evento ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione delle cure).



G- TICKET (Servizio Sanitario Nazionale)

La Società rimborsa integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto) le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nel presente documento, entro i limiti massimi previsti per ogni singola prestazione.

H- DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO DEL MINORE (DSA)

La Società rimborsa, fino a concorrenza di € 1.500,00 per nucleo e per anno per i casi definiti moderati o severi, secondo DSM – 5, oppure fino a concorrenza di € 500,00 per nucleo e per anno per i casi definiti lievi, secondo DSM – 5, le spese sostenute per il trattamento e le cure dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), secondo quanto previsto dal DSM – 5, a condizione che la diagnosi sia certificata da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con applicazione di:

- una franchigia di € 40,00 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto del 20% con il minimo di € 60,00 per fattura, se effettuate in strutture sanitarie non convenzionate;
- uno scoperto 30% con il minimo di € 90,00 per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta ;
- uno scoperto 40% con il minimo di € 120,00 per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'“Elenco Cliniche TOP” senza attivazione della forma diretta.

I- PACCHETTO MATERNITÀ

Vengono rimborsate le spese sostenute per visite ed accertamenti di controllo nei primi 6 mesi di gravidanza, senza applicazione di alcuno scoperto.

In caso di aborto spontaneo/naturale, entro 3 mesi dall'evento, la Società rimborsa integralmente 1 visita ginecologica di controllo e massimo 3 visite di supporto psicologico, sia in rete che fuori rete.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a € 500,00 a nucleo.



9.5 – AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE

A- PRESTAZIONI IN PRONTO SOCCORSO

La Società, rimborsa, fino a concorrenza di € 1.000,00 per evento e per anno, le spese sostenute per prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio che non abbiano comportato ricovero.

Il rimborso comprende le spese sostenute per le seguenti prestazioni (purché prescritte dal Pronto Soccorso): applicazione e rimozione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali e trasporto.

B- CURA TOSSICODIPENDENTI

A titolo di contributo a fronte di spese sostenute per il recupero da tossicodipendenza presso comunità terapeutiche convenzionate ASL, la Società corrisponde una somma pari a € 3.000,00 per persona e per anno, fino a concorrenza di € 30.000,00 annui complessivi per la totalità degli Assicurati con la presente polizza.

Il rimborso relativo alla presente garanzia viene effettuato in un'unica soluzione al termine dell'annualità assicurativa.

Il termine per la presentazione di richieste di rimborso relative alla presente prestazione si intende fissato al 31 gennaio di ogni anno successivo a quello nel quale è stata sostenuta la spesa per la quale si chiede il rimborso medesimo. Qualora la somma complessiva delle richieste superi il limite annuo sopraindicato, l'importo di € 30.000,00 verrà ripartito proporzionalmente fra coloro che abbiano presentato richiesta.

Eventuali richieste che venissero presentate successivamente al 31 gennaio, se rimborsabili e previa verifica della disponibilità, verranno rimborsate nell'ambito del massimale della successiva annualità.

C- ANTICIPO SPESE SANITARIE

Nei casi di ricovero per Grande Intervento chirurgico (indicato nell'apposito elenco di seguito riportato) effettuato in forma indiretta, viene corrisposto, su richiesta dell'Assicurato per il tramite della Contraente, un importo nella misura massima del 50% delle spese da sostenere e, comunque, entro il 50% del massimale ricovero previsto, fermo il conguaglio a cure ultimate.

Il Contraente, unitamente alla richiesta di corresponsione dell'anticipo, dovrà produrre idonea documentazione medica ai fini della valutazione dell'operatività della copertura assistenziale.

D- RIMPATRIO SALMA

La Società rimborsa fino a concorrenza di € 2.000,00 per evento, le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato a seguito di ricovero (anche in regime di day hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico.

Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.



E- PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

La Società rimborsa fino a concorrenza di € **700,00** per nucleo e per anno, senza applicazione di franchigie o scoperti, le spese sostenute per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA;
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

Sono escluse dal rimborso le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'Assicurato ed i costi dell'eventuale accompagnatore qualora il trattamento sia effettuato all'Estero.

Per questa tipologia di interventi non è in ogni caso riconosciuta l'indennità sostitutiva giornaliera prevista all'art. 9.3 "Area ricoveri", lettera C "Servizio Sanitario Nazionale".



F- ASSISTENZA POST PARTO

La Società liquida le seguenti prestazioni finalizzate al pieno recupero a seguito di parto, **effettuate in strutture sanitarie convenzionate** indicate dalla Centrale Operativa Previmedical, previa prenotazione:

1. Supporto psicologico post parto

Entro 3 (tre) mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.

2. Controllo Arti Inferiori

Entro 6 (sei) mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.

3. Week-end benessere

Entro 1 (un) anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

G- CURE TERMALI PER MINORI

La Società liquida, fino a massimo 1 (un) ciclo per anno (max. 12 sedute consecutive con una interruzione a metà ciclo), le prestazioni per cure termali, cure inalatorie e politzer effettuate dal minore a seguito di malattia o infortunio, **effettuate in strutture sanitarie convenzionate** indicate dalla Centrale Operativa Previmedical, previa prenotazione.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un importo massimo pari ad € 35 a seduta.

Sono inoltre previste una visita di inizio cura e una visita fine cura senza applicazione di alcuno scoperto e franchigia.

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le spese alberghiere del minore e dell'eventuale accompagnatore.



H- SINDROME DI DOWN

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) accertata nei primi 3 anni di vita, viene corrisposta un'indennità pari a € **1.000,00** per neonato e per anno.

L'indennità di cui al presente paragrafo è corrisposta per un periodo massimo di 5 anni.

I- NEONATI

L'Assicurazione si intende gratuitamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro **90** giorni dalla nascita. Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati entro 1 anno dalla nascita. Tuttavia, qualora le predette malformazioni e/o difetti fisici congeniti siano evidenti fin dal primo anno di vita del neonato stesso e sia accertabile e documentabile dal punto di vista medico-clinico l'impossibilità di effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita, il periodo utile entro il quale l'intervento è rimborsabile – a termini di contratto – è elevato ai primi **10** anni di vita.



J- CONTO SALUTE

Il Conto Salute rappresenta una forma di accumulo per finalità sanitaria finalizzata a garantire al nucleo familiare di accumulare, per le annualità successive alla prima, una parte delle disponibilità economiche per le prestazioni non utilizzate in un anno assicurativo.



A) Bonus di Buona Salute:

Qualora l'Assicurato nel corso del biennio presenti un rapporto medio tra Sinistri e Contributi per il proprio nucleo familiare pari o inferiore al **75%** ed abbia effettuato senza soluzione di continuità nel periodo di copertura i protocolli di prevenzione di Cassa Uni.C.A. sarà automaticamente accreditato sul suo Conto Salute un importo pari al **20%** dell'ammontare del contributo dell'ultimo anno.

Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie).

B) Risparmio Sanitario:

Qualora il Nucleo familiare nel corso dell'annualità non abbia ottenuto il rimborso di alcuna prestazione Sanitaria (con l'eccezione dei protocolli di prevenzione di Cassa Uni.C.A. che non rientrano in questo computo) ha facoltà di richiedere l'accredito sul proprio Conto Salute del risparmio conseguito nell'annualità nella misura del 10% del contributo annuo.

Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie).

K- INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE ED ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I GENITORI RICOVERATI IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

La garanzia prevede la corresponsione di un'indennità erogata, a titolo di forfait, pari a **€ 350,00** anno/persona, senza applicazione di scoperti o franchigie, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dagli Aderenti per i genitori ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato in quanto non autosufficienti o non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione, anche molto grave, delle loro condizioni di salute e di autonomia.

La prestazione è accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria.

L'indennizzo verrà corrisposto qualora il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) abbia avuto una durata di almeno **12** mesi consecutivi.

9.6 – AREA PREVENZIONE

Prima di effettuare le prestazioni previste dal presente articolo, si consiglia di consultare la propria ASL o il proprio medico di fiducia per la presenza di possibili controindicazioni ed effetti collaterali importanti, in considerazione dell'età e dello stato di salute dell'Assicurato.



A- VISITE DI CONTROLLO

La Società liquida integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito) 1 (una) visita specialistica in qualsiasi specializzazione per ogni Assicurato effettuata una volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana presso le Strutture convenzionate con il Network Previmedical, previa prenotazione.

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate anche in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.

B- VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

La Società liquida integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assicurato) le prestazioni per la vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale.

La prestazione è erogata esclusivamente in regime indiretto a seguito di presentazione della copia della fattura o scontrino di acquisto.

C- PREVENZIONE HERPES ZOSTER

La Società liquida le prestazioni per la prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze a tutti gli Assicurati con età superiore a 55 anni **effettuate presso le Strutture convenzionate** con il Network Previmedical, previa prenotazione.

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate come trattamento di natura preventiva e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture convenzionate con applicazione di una franchigia di € 36,15 per prestazione.

D- CONTROLLO PEDIATRICO

La Società liquida le prestazioni per visite specialistiche pediatriche di controllo per minori di età compresa tra 6 mesi e 6 anni **effettuate in strutture sanitarie convenzionate** indicate dalla Centrale Operativa Previmedical, previa prenotazione e alle seguenti condizioni:

- 1 (una) visita tra 6 mesi e 12 mesi di età
- 1 (una) visita a 4 anni di età
- 1 (una) visita a 6 anni di età

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie con applicazione di una franchigia di € 36,15 per prestazione.

E- CONSULTO NUTRIZIONALE E DIETA PERSONALIZZATA

La presente garanzia prevede le spese sostenute per **1 consulto e dieta personalizzata** per biennio assicurativo a persona.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è illimitato.



In caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate, il limite complessivo di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 80,00 biennio/persona, di cui € 50,00 per la visita e € 30,00 per la dieta.

F- CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI

La Società rimborsa fino a concorrenza di € 500,00 per nucleo e per anno, senza applicazione di franchigie o scoperti, le spese sostenute per la conservazione familiare e autologa delle cellule staminali cordonali, sia in rete che fuori rete.

CAPITOLO 2 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

9.7 Prestazioni escluse

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

1. gli interventi di correzione o eliminazione della miopia, salvo quanto previsto all'art. 2.3 "Area ricoveri" delle CGA, lettera A), punto 9;
2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto all'art. 9.3 "Area ricoveri", lettera A, punto 8 e all'art. 9.4 "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali", lettera F;
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, purchè 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 all'art.9.5 "Area prestazioni accessorie", lettera I "Neonati";
9. tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita, fatto salvo quanto previsto dalla garanzia all'art. 9.5 "Area prestazioni accessorie" delle CDA, lettera E "Procreazione medicalmente assistita". Per questa tipologia di interventi non è in ogni caso riconosciuta l'indennità sostitutiva giornaliera prevista all'art. 9.3 "Area ricoveri", lettera C "Servizio Sanitario Nazionale";
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;

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;
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 terapeutico³;
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.

9.8 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

9.9 Limite di età

Non è ammesso l'inserimento in polizza di nuovi assicurati che abbiano già compiuto l'85° anno di età alla data del 31 dicembre 2019.

E' concessa tuttavia la facoltà di mantenere in assicurazione, sino al 31 dicembre 2021, soggetti già coperti nel piano sanitario precedente, che compiano 85 anni nel corso della durata del contratto.

Fino al limite di età previsto dalla presente copertura, viene data 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 all'art. 9.7 "Prestazioni escluse".

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.

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

10 Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità e comunque entro e non oltre i termini di prescrizione del diritto. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.**

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. Per le prestazioni fisioterapiche ed odontoiatriche la data evento è quella in cui è eseguita la singola prestazione 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 oneri 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 ed 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.

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).

Le prestazioni erogate in intramoenia sono considerate prestazioni private, ancorché eseguite in strutture pubbliche.

Si precisa che qualora l'Assicurato intenda utilizzare una struttura convenzionata e/o un medico convenzionato e/o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.

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.

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, 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. Non è richiesta la prescrizione per le prestazioni di prevenzione (sanitaria ed odontoiatrica).**

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.

Per le prestazioni diverse dalla garanzia ricovero, la Centrale Operativa potrà ritenere sufficiente la sola lettura della prescrizione, non richiedendone anche la trasmissione in tale fase.

- **in caso di infortunio dovranno essere presentati anche i seguenti documenti:**

⇒ **il referto del Pronto Soccorso**, redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. **In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno**

essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);

- ⇒ **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie retesi necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).**

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:

Per le prestazioni ospedaliere

- 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.

Per le prestazioni extraospedaliere

- se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 4 giorni lavorativi dalla 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) *Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per ricovero)*

Esclusivamente per la garanzia ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa e limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio dell'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

Dovrà essere contattata la Centrale Operativa che richiederà all'Assicurato la trasmissione del referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

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

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente a ricoveri erogati in regime di assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

c) *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 si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assicurato e rimborso al medesimo, se previsto dal proprio Piano Sanitario, nei termini e limiti da questo previsti.

d) *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 anche in caso di prestazioni rese in regime di S.S.N.:

- 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) certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti, intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta". Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46;
- 6) le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
- 7) in caso di trattamenti fisioterapici post-ricovero:
 - I. prescrizione del medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
 - II. indicazione della specializzazione del medico, o del titolo di studio del professionista che ha effettuato la prestazione.

Le richieste di rimborso per trattamenti fisioterapici dovranno essere presentate al termine della cura.

- 8) **in caso di infortunio dovranno essere presentati anche i seguenti documenti:**
 - ⇒ **il referto di Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);**
 - ⇒ **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole);**
- 9) **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.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

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

Riliquidazione delle pratiche a seguito di variazione dell'inquadramento nella fase di adesione oppure nel secondo anno di copertura

Nel caso in cui, entro il termine del 30 aprile, risulti che l'Assicurato abbia diritto di usufruire, con decorrenza dall'inizio dell'anno solare di riferimento, di una polizza diversa da quella inizialmente attribuitagli, il sinistro già liquidato (in forma diretta o indiretta) in ragione della polizza inizialmente assegnatagli sarà oggetto di riliquidazione qualora le previsioni della polizza di sua spettanza dall'inizio dell'anno solare di riferimento siano differenti, per il sinistro in oggetto, rispetto a quelle della polizza inizialmente attribuita.

In tal caso:

- eventuali differenze a credito dell'Assicurato gli saranno corrisposte dalla Società;
- eventuali differenze a credito della Società dovranno essere restituite dall'Assicurato.

Le suddette eventuali differenze saranno regolate, dalla Società o dall'Assicurato, entro il 30 giugno dell'anno di riferimento.

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.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 8.2 Decorrenza dell'Assicurazione

Art. 8.3 Adesione alla copertura – Variazione degli Assicurati

Art. 8.5 Foro competente

Art. 9.9 Limite di età

Art. 10 Oneri in caso di Sinistro

Cassa Uni.C.A.

Allegato n. 1 - Elenco interventi chirurgici plafonati

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND
Intervento di legatura e stripping delle vene (varicocele compreso)	€ 3.500
Intervento di settoplastica funzionale, compresa eventuali interventi sui turbinati	€ 3.500
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di grandi segmenti (femore, omero, tibia)	€ 9.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di medi segmenti (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone)	€ 6.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di piccoli segmenti (tutti gli altri)	€ 3.000
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad esempio, chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Intervento di tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3.000
Intervento per ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 5.000
Intervento di emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole e/o prolasso rettale	€ 4.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo, dito a martello, alluce rigido	€ 4.000
Intervento a carico del ginocchio (diversi da legamenti)	€ 7.000
Isteroscopia operativa	€ 4.000
Intervento di ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Intervento di asportazione cisti ovariche	€ 8.500
Intervento di tiroidectomia (esclusa radicale per neoplasia maligna)	€ 10.000
Intervento di colecistectomia	€ 8.500
Intervento per ernia del disco e/o stabilizzazione vertebrale	€ 11.000
Interventi di artrodesi e/o stabilizzazione vertebrale (qualsiasi metodica), compresa ev. asportazione di ernia del disco intervertebrale (qualsiasi metodica)	€ 14.000
Prostatectomia endoscopica per adenoma (TURP)	€ 9.000
Prostatectomia radicale per neoplasia maligna compresa linfadenectomia (qualsiasi metodica, incluso robot)	€ 18.000
Intervento di isterectomia	€ 10.000
Intervento di isterectomia per neoplasia maligna (compresa eventuale annessiectomia e linfadenectomia)	€ 15.000
Intervento per artroprotesi anca	€ 20.000
Asportazione di neoformazioni cutanee (cisti in genere, lipomi e nevi)	€ 1.000
Intervento per artroprotesi ginocchio	€ 15.000
Intervento per morbo di Dupuytren, sindrome di Guyon	€ 2.000
Intervento per tunnel carpale	€ 1.500
Intervento per dito a scatto e per intrappolamento del nervo ulnare al gomito	€ 2.500
Intervento per cataratta (con o senza IOL) - per occhio	€ 2.000
Intervento per asportazione cisti e noduli benigni del seno (nodulectomie)	€ 3.500

Intervento per appendicectomia	€ 4.000
Intervento sui seni paranasali, frontali, mascellari e/o FESS	€ 3.500

BASE x P

Allegato n. 2 - Elenco Grandi Interventi Chirurgici

CHIRURGIA DELL' ESOFAGO

- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale CON TORACOTOMIA
- Deconnessioni azygos portal per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

CHIRURGIA DELLO STOMACO-DUODENO-INTESTINO TENUE

- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias

CHIRURGIA DEL COLON

- Emicolectomia destra e linfadenectomia
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia per via tradizionale
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-ale per via tradizionale
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-ale e reservoir ileale per via tradizionale
- Amputazione del retto per via addomino-perineale

CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare
- Chirurgia dell'ipertensione portale:

a) Interventi di derivazione

- anastomosi porto-cava
- anastomosi spleno-renale
- anastomosi mesenterico-cava

b) Interventi di devascolarizzazione

- legatura delle varici per via toracica e/o addominale
- transezione esofagea per via toracica
- transezione esofagea per via addominale
- econnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
- transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica

CHIRURGIA DEL PANCREAS

- Duodenocefalo-pancreasectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreasectomia totale con o senza linfadenectomia
- Interventi per tumori endocrini funzionali e neoplasie maligne del pancreas

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Resezioni e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

CHIRURGIA DEL TORACE

- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Toracoplastica: I e II tempo

CARDIOCHIRURGIA

- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni dei grossi vasi (non escluse dalla garanzia)
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvolare con protesi
- Valvuloplastica

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale PER VIA TORACOADDOMINALE
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali) PER VIA LAPAROTOMICA
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e l del collo
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per malformazioni vascolari (non escluse dalla garanzia)
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo

- Craniotomia per aneurisma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare (non esclusa dalla garanzia)
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per accesso cerebrale
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali per via anteriore
- Intervento chirurgico per neoplasie maligne dei nervi periferici

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovesicica con segmento intestinale ortotopico o eterotopico
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale, per neoplasia maligna
-

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via addominale con linfadenectomia

CHIRURGIA OCULISTICA

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per neoplasia del globo oculare

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Petrossectomia

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi di spalla
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomy
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Trattamento cruento dei tumori ossei
- Grandi amputazioni d'arto superiori ad un terzo

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia

CHIRURGIA PEDIATRICA (NON ESCLUSE DALLA GARANZIA)

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:resezione con reimpianto,resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ALTRE VOCI

Si considerano “Interventi di alta chirurgia” anche:

- il trapianto di organi con espanto di organi del donatore;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione), purchè superiore a giorni 3.

Allegato n. 3 - Elenco Gravi Eventi Morbosi

a) Infarto miocardico acuto
b) Insufficienza cardiaca o respiratoria che presenti contemporaneamente almeno due delle seguenti manifestazioni: - dispnea - edemi declivi - aritmia - angina instabile - edema o stasi polmonare - ipossiemia
c) Neoplasia maligna istologicamente documentata
d) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni: - ulcere torpide - decubiti - neuropatie - vasculopatie periferiche - infezioni urogenitali o sovrinfezioni - retinopatia - chetoacidosi - coma diabetico
e) Gravi traumatismi - con o senza intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni. L'immobilizzazione consiste nella applicazione di un apparecchio non amovibile dal paziente e/o per divieto di carico dell'arto.
f) Ustioni di secondo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.
g) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.
h) Sclerosi a placche con un deficit funzionale significativo (3-4 scala EDSS)
i) Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).
j) Stato di coma.
k) Paraplegia e/o Tetraplegia
l) Malattia di Alzheimer allo stadio 5 o superiore della scala di Reisberg certificata da UVA (Unità Valutativa Alzheimer) di struttura neurologica pubblica
m) Morbo di Parkinson allo stadio 3 o superiore della scala di Hoehn & Yahr, certificata da struttura neurologica pubblica
n) Osteomielite
o) Infezioni gravi, infezioni post-operatorie o post-traumatiche
p) Gravi eventi morbosi "similari" per tipologia, evento, diagnosi e cura a quelli indicati dalla lettera a) alla lettera h).

Allegato n. 4 - Elenco Cliniche TOP

ROMA

- Casa di Cura Paideia S.p.A.
- Casa di Cura Mater Dei S.p.A.
- Casa di Cura Quisisana
- Casa di Cura Villa Stuart
- Casa di Cura Villa Flaminia
- Casa di Cura Villa Margherita

MILANO

- Casa di Cura La Madonnina S.p.A..
- Istituto Nazionale Tumori
- Ospedale San Raffaele S.r.l.
- Humanitas Mirasole S.p.A.. (Istituto Clinico Humanitas)
- Casa di Cura Capitanio

TORINO

- Clinica Fornaca di Sessant
- Casa di Cura Sedes Sapientiae
- Casa di Cura Cellini S.p.A.

BERGAMO

- Humanitas Gavazzeni

VARESE

- Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata S.p.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	
Ricoveri con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento, Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto/Aborto terapeutico, Intervento chirurgico odontoiatrico, Grandi interventi chirurgici (GIC), Trapianti, Riabilitazione post-chirurgica, Grandi Eventi Morbosi (GEM) Massimale Condizioni: In rete In rete non in forma diretta (no Cliniche TOP) in Cliniche TOP non in forma diretta , compresi GIC Fuori rete, Intramoenia	elenco esteso per Interventi chirurgici plafonati (Int_PLAFONATI), GIC e Interventi chirurgici odontoiatrici (Int_ODONTOIATRICI) € 150.000; € 300.000 per GIC franchigia € 350 per evento; € 100 per Intervento chirurgico ambulatoriale; non prevista per GIC scoperto 15%, min. € 2.250 per evento (€ 1.500 per Day Hospital con/senza intervento; € 750 per Intervento chirurgico ambulatoriale); non previsto per GIC scoperto 20%, min. € 3.000 per evento (€ 2.000 per Day Hospital con/senza intervento; € 1.000 per Intervento chirurgico ambulatoriale); scoperto 10%, min. € 1.500 per evento (€ 1.200 per Day Hospital con/senza intervento; € 500 per Intervento chirurgico ambulatoriale); non previsto per GIC
Ricovero senza intervento	limite massimo 5 gg per ricovero e max 3 ricoveri annui esclusione se a scopo diagnostico e per diagnosi pre intervento
Ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza	nei casi di ricovero di durata superiore a 30 gg
Parto cesareo/Aborto terapeutico (escluse Pre/Post) Sub-massimale: Assistenza ostetrica (sub-limite) Condizioni:	€ 4.000 € 1.500 al 100%
Parto fisiologico (escluse Pre/Post) Sub-massimale: Condizioni:	€ 3.000 al 100%
Interventi chirurgici odontoiatrici Sub-massimale: Condizioni: In rete In rete non in forma diretta (no Cliniche TOP) in Cliniche TOP non in forma diretta , compresi GIC Fuori rete, Intramoenia	elenco esteso (Int_ODONTOIATRICI) € 15.000 franchigia € 350 per evento scoperto 30%, min. € 1.500 scoperto 40%, min. € 2.000 scoperto 10%, min. € 1.200
Miopia Condizioni: In rete In rete non in forma diretta (no Cliniche TOP) in Cliniche TOP non in forma diretta , compresi GIC Fuori rete, Intramoenia	con differenziale superiore a 4 diottrie (non causato da precedente intervento correttivo) o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie franchigia € 350 per evento scoperto 15%, min. € 1.500 scoperto 20%, min. € 2.000 scoperto 10%, min. € 1.500 per evento (€ 1.200 per Day Hospital con/senza intervento; € 500 per Intervento chirurgico ambulatoriale)

Interventi chirurgici ricostruttivi Massimale Pre/Post Condizioni: In rete In rete non in forma diretta (no Cliniche TOP) in Cliniche TOP non in forma diretta , compresi GIC Fuori rete, Intramoenia	mastectomia o quadrantectomia € 5.000 90 gg./90 gg. franchigia € 1.000 per evento scoperto 30%, min. € 1.500 scoperto 40%, min. € 2.000 scoperto 10%, min. € 1.200
Neonati Correzione Malformazioni congenite	nel primo anno di vita, elevato ai primi 10 anni di vita per impossibilità di effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita
Interventi chirurgici plafonati Condizioni:	elenco esteso (Int_PLAFONATI) al 100% l'intervento principale, al 70% gli interventi secondari
Limite retta degenza Fuori rete	€ 250 al giorno; ridotto a € 200 in caso di intervento chirurgico odontoiatrico ed elevato a € 300 in caso di intervento chirurgico ricostruttivo e GEM; non previsto per Parto/Aborto terapeutico; in caso di ricovero per Lunga Degenza € 200 al giorno per i primi 6 mesi; ridotto a € 150 per i mesi successivi
Pre/Post	100 gg./100 gg.
Trattamenti fisioterapici/rieducativi Post intervento chirurgico	120 gg., non previsti per Parto fisiologico, Miopia e Intervento chirurgico odontoiatrico
Retta Accompagnatore	€ 60 al giorno max 30 gg., non prevista per Intervento chirurgico odontoiatrico e Miopia
Limite Assistenza Infermieristica per ricoveri senza intervento	€ 50 al giorno max 5 giorni per evento; elevato a 30 giorni per riabilitazione post chirurgica e GEM
Assistenza Infermieristica per Day hospital senza intervento, Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto/Aborto terapeutico, Intervento chirurgico odontoiatrico	NON PREVISTA
Trasporto	€ 2.000, non previsto per Intervento chirurgico ambulatoriale, Intervento chirurgico odontoiatrico, Miopia e SSN
Indennità Sostitutiva Massimale Ricoveri con intervento Ricoveri senza intervento GIC Day Hospital con intervento Day Hospital senza intervento Pre/Post Trattamenti fisioterapici/rieducativi Post intervento chirurgico	90 giorni per persona/anno € 55 al giorno € 55 al giorno € 75 al giorno € 30 al giorno € 30 al giorno 100 gg./100 gg., al 100% (escluso il caso di ricovero in regime di intramoenia) al 100%, 120 gg., non previsti per Parto fisiologico, Miopia e Intervento chirurgico odontoiatrico, al 100% (escluso il caso di ricovero in regime di intramoenia)
AREA PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE SPECIALISTICHE E/O AMBULATORIALI	
Cure e Diagnostica di Alta Specializzazione (AS) Massimale Condizioni: In rete In rete non in forma diretta In Cliniche TOP non in forma diretta Fuori rete	elenco esteso (ALTA_D) € 5.000 franchigia € 30 per fattura scoperto 30% min. € 90 per fattura scoperto 40% min. € 120 per fattura scoperto 20% min. € 60 per fattura

Test genetici prenatali non invasivi su dna fetale	Ticket	al 100%
Test genetici prenatali non invasivi su dna fetale		compresi nel massimale AS
Diagnostica Ordinaria e Visite Specialistiche (VS)		esclusi gli accertamenti previsti in AS e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici non da infortunio; comprese visite specialistiche/accertamenti odontoiatrici e ortodontici da infortunio con certificato di PS entro 24 mesi dall'evento
Massimale		€ 3.000
Condizioni:		
In rete		franchigia € 30 per fattura
In rete non in forma diretta		scoperto 30% min. € 90 per fattura
In Cliniche TOP non in forma diretta		scoperto 40% min. € 120 per fattura
Fuori rete		scoperto 20% min. € 60 per fattura
Ticket		al 100%
Prestazioni fisioterapiche		soltanto per infortunio con certificato di PS entro 24 dall'evento; ictus cerebrale; neoplasie; forme neurologiche degenerative e omeoplastiche (sclerosi multipla, SLA, ecc.); forme neuromiopatiche; forme morbose miste a carico del sistema neuromuscolare; interventi cardiocirurgici, di chirurgia toracica e amputazione di arti
Massimale		€ 500
Condizioni:		
In rete		scoperto 20% min. € 60 per ciclo di cura
Diretta domiciliare		franchigia € 20 ad accesso
In rete non in forma diretta		scoperto 30% min. € 90 per ciclo di cura
In Cliniche TOP non in forma diretta		scoperto 40% min. € 120 per ciclo di cura
Fuori rete		scoperto 20% min. € 60 per ciclo di cura
Ticket		al 100%
Cure oncologiche		prestazioni per patologie oncologiche per assistenza infermieristica domiciliare, chemioterapia, radioterapia, altre terapie oncologiche, visite specialistiche; ad esaurimento del presente massimale, si utilizzeranno quelli di AS e VS
Massimale		€ 2.000
Condizioni:		al 100%
Protesi ortopediche e acustiche		
Massimale		€ 3.000
Condizioni:		al 100%
Cure dentarie da infortunio		in presenza di certificato di PS entro 24 mesi dall'evento
Massimale		€ 4.000
Condizioni:		al 100%
Disturbi specifici dell'apprendimento del minore (DSA)		secondo quanto previsto dal DSM -5, a condizione che la diagnosi sia certificata da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale
Massimale		€ 1.500,00 per nucleo e per anno per casi moderati o severi oppure fino a € 500,00 per nucleo e per anno per casi lievi
Condizioni:		
In rete		franchigia € 40 per fattura
In rete non in forma diretta		scoperto 30% min. € 90 per fattura
In Cliniche TOP non in forma diretta		scoperto 40% min. € 120 per fattura
Fuori rete		scoperto 20% min. € 60 per fattura
Ticket		al 100%

Pacchetto maternità Massimale Condizioni:	visite e accertamenti di controllo nei primi 6 mesi di gravidanza; in caso di aborto spontaneo, entro 3 mesi, 1 visita ginecologica e 3 visite psicologico € 500 al 100%
AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE	
Prestazioni in Pronto Soccorso Massimale	prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio senza ricovero; sono comprese anche le seguenti prestazioni <u>in presenza di prescrizione del PS</u> : applicazione e rimozione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali e trasporto € 1.000 per evento e per anno
Cura tossicodipendenti Massimale Condizioni:	per il recupero da tossicodipendenza presso comunità terapeutiche convenzionate ASL € 3.000 per persona e per anno, massimo € 30.000 per la totalità degli Assistiti se le richieste complessive degli Assistiti superassero l'importo di € 30.000, il contributo verrà ripartito proporzionalmente fra i richiedenti
Anticipo spese sanitarie	per GIC, massimo 50% della spesa da sostenere entro il 50% del massimale dell'Area Ricoveri
Rimpatrio salma Massimale Condizioni:	in caso di morte dell'Assicurato a seguito di ricovero (anche in regime di day hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico € 2.000 escluse spese per cerimonie funebri e inumazione
Procreazione medicalmente assistita Massimale Condizioni:	€ 700 per nucleo e per anno escluse le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore qualora il trattamento sia effettuato all'Estero
Assistenza post-parto Massimale Condizioni:	Illimitato elenco esteso (POST_P), entro 1 anno dal parto
Cure termali per minori Massimale Condizioni:	Illimitato max. 1 ciclo per anno, max. € 35,00 a seduta
Sindrome di Down (figli di assistiti) Massimale Condizioni:	€ 1.000 annui max. 5 anni per diagnosi di Trisomia 21 nei primi 3 anni di vita
Conto Salute	PREVISTA
Indennità Genitori in RSA Massimale Condizioni:	per ricoveri in RSA di durata di almeno 12 mesi consecutivi € 350 per anno/persona in assenza di rimborsi sanitari nel corso dell'annualità assicurativa
AREA PREVENZIONE	
Visite di controllo Massimale Condizioni:	Effettuate presso strutture convenzionate Illimitato al 100% - 1 visita al mese per Assicurato
Vaccinazione antinfluenzale Massimale	Eseguita fuori rete Illimitato

	Condizioni:	1 vaccino annuale per Assicurato
Prevenzione herpes zoster	Massimale	Effettuata presso strutture convenzionate
	Condizioni:	Illimitato età > 55 anni, franchigia € 36,15 per prestazione
Controllo pediatrico	Massimale	Effettuato presso strutture convenzionate
	Condizioni:	Illimitato franchigia € 36,15 per prestazione - da elenco, tra i 6 mesi e i 6 anni di vita
Consulto nutrizionale e dieta personalizzata	Massimale:	1 consulto e dieta personalizzata per biennio e per persona
	In rete	Illimitato
	Fuori rete	€ 80,00 biennio/persona (€ 50,00 per la visita e € 30,00 per la dieta)
Conservazione cellule staminali	Massimale	€ 500 per nucleo e per anno

ALLEGATO N.6

**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 sensibili¹, 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 parte²;
- 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.

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 o 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 soggetti³, 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 assicurativa⁴. 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.

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 consorzi 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 consorzi 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).

