

SOMMARIO

Nota Informativa:

-
- Glossario
-

Condizione di Assicurazione comprensive di:

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

- ALLEGATI
-

1) OMISSIS

2) OMISSIS

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

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

A. OMISSIS

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha una durata di **13 mesi** a partire dalle ore 00.00 del giorno 01.12.2016 alle ore 00.00 del giorno 01.01.2018 e dalla data di pagamento del premio (vedi art. 3 “Decorrenza dell’assicurazione – Pagamento del premio” delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito anche definite CGA).

Il contratto non prevede il tacito rinnovo, pertanto s’intende in ogni caso cessato alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta (vedi art. 4 “Tacito rinnovo” delle CGA).

1. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede il rimborso delle spese prestazioni ospedaliere, soltanto se rese necessarie da infortunio conseguenti a terremoti di magnitudo superiore a 5.0 localizzati in Italia dalla Rete Sismica Nazionale dell'INGV (Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia), sostenute dall'Assistito/Assicurato, direttamente o indirettamente (in rete convenzionata o presso il Servizio Sanitario Nazionale) aderente ad uno qualsiasi dei Piani Sanitari collettivi di primo rischio resi disponibili da Uni.C.A. (di seguito anche Piani Sanitari BASE) e dei relativi nuclei familiari (vedi art. 16 “Oggetto dell’assicurazione” delle CGA).

Avvertenza: Per Grande Intervento Chirurgico si intende uno degli interventi indicati nei Piani Sanitari BASE, soltanto se reso necessario da infortunio conseguente a terremoti di magnitudo definita come nel precedente paragrafo (vedi art. 16 “Oggetto dell’assicurazione” delle CGA).

In caso di ricovero nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura prevede il pagamento di un’indennità prestabilita per ogni giorno di ricovero (vedi art. 16 “Oggetto dell’assicurazione” delle CGA, alla lettera B).

Avvertenza: la copertura prevede esclusioni (vedi art. 17 “Esclusioni” delle CGA) e prevede cause di non assicurabilità (vedi art. 18 “Persone non assicurabili” delle CGA).

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo per il totale degli indennizzi delle prestazioni ospedaliere pari a € 20.000,00 per nucleo familiare e per evento, elevato a € 40.000,00 in caso di Grande Intervento Chirurgico (vedi art. 16 “Oggetto dell’assicurazione” delle CGA).

Avvertenza: La copertura non prevede franchigie e scoperti (vedi art. 16 “Oggetto dell’assicurazione” delle CGA).

Avvertenza: sono previsti limiti massimi di età assicurabile (vedi art. 18 “Persone non assicurabili” delle CGA). Pertanto, chi ha compiuto una determinata età, non potrà essere assicurato.

2. Periodi di carenza contrattuali

La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva, differenziati per tipologia di evento).

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

Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze (ovvero le omissioni) dell'Assistito relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile (vedi art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle CGA).

Avvertenza: non è prevista la compilazione del Questionario Sanitario.

Non sono previste cause di nullità.

4. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Non sono previste cause di aggravamento e diminuzione del rischio.

5. Premio

Il versamento del premio alla Società avverrà con frazionamento mensile (anticipato) come riportato sul certificato di polizza. Pertanto, il premio dovrà essere corrisposto durante la decorrenza della copertura.

I familiari già assicurati ai Piani Sanitari BASE sono automaticamente ricompresi nella presente polizza.

6. OMISSIS

7. OMISSIS

8. OMISSIS

9. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

10. Regime fiscale

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

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

11. OMISSIS

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: la data del sinistro è quella in cui si è verificata la prestazione.

Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società entro il termine di cui al precedente art.10 "Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto" della Nota Informativa (ai sensi dell'art.2952 comma 2 del Codice Civile); la Società può richiedere che l'Assistito sia visitato da un proprio fiduciario, ovvero un consulente individuato dalla Società (vedi art. 19 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA).

13. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura è prestata esclusivamente in rete convenzionata o presso il Servizio Sanitario Nazionale (vedi art. 19 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA). Nel caso di utilizzo di

Strutture Convenzionate RBM Salute, l'Assistito dovrà pagare solo eventuali spese che il presente Piano Sanitario stabilisce rimangano a suo carico (ad esempio per spese voluttuarie), senza quindi dover anticipare l'intero importo della prestazione.

Per ricevere le prestazioni in Strutture Convenzionate RBM Salute, l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere l'autorizzazione.

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

Avvertenza: In caso di prestazione in Strutture Convenzionate RBM Salute qualora, sia nel corso della prestazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate alla Struttura Convenzionata RBM Salute se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati (vedi art. 19 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA).

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. – Servizio Clienti – Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) – loc. Borgo Verde, oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it utilizzando il fac-simile disponibile sul sito www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami.

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

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

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

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

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

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

15. Foro Competente

Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Società (vedi art. 7 "Foro competente" delle Norme che regolano la convenzione).

Per ogni controversia tra la Società e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito (vedi art.11 "Competenza territoriale" delle CGA).

16. Arbitrato

Non è previsto arbitrato.

Per arbitrato si intende un metodo alternativo di risoluzione delle controversie (cioè senza ricorso ad un procedimento giudiziario) per la soluzione di controversie civili e commerciali, svolta

mediante l'affidamento di un apposito incarico ad uno o più soggetti terzi rispetto alla controversia, detti arbitri. Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti devono effettuare obbligatoriamente un tentativo di mediazione, che deve cioè essere attivato prima dell'instaurazione dell'eventuale causa civile come condizione di procedibilità della stessa. Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Il Contraente dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Il Contraente dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di RBM Salute S.p.A., Ufficio Reclami, via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde, Preganziol (Treviso) oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

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

Per i dettagli si rinvia all'art. 12 "Controversie: mediazione" delle CGA.

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

RBM Salute S.p.A.

GLOSSARIO

Società	RBM Salute S.p.A..
Contraente	Uni.C.A. Cassa Assistenza, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari.
Assistito/Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente.
Indennizzo o indennità	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro per il tramite della Contraente.
Struttura sanitaria convenzionata	Ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera - come sopra definita – rientrante nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A.
Équipe operatoria convenzionata	Il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento rientrante nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A.
Ricovero	La degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.
Day Hospital	Il ricovero 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.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Nucleo familiare	l'intero nucleo familiare così come definito all'articolo "Persone assicurabili" dei Piani Sanitari BASE.
Cartella Clinica:	documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera(S.D.O.).
Cassa/Fondo:	Uni.C.A Cassa Assistenza, con sede in Via San Protaso n. 1, CAP 20121 – MILANO C.F. 97450030156, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
Centro Medico:	struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare

complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

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

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

Forma diretta/in Rete: prestazioni 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 Assistiti.

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

TERREMOTI

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Se Uni.C.A. e/o l'Assistito forniscono informazioni non complete e/o false che possono influenzare la valutazione del rischio, possono perdere o vedersi limitato il diritto all'indennizzo, nonché determinare la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

AVVERTENZA: Se Uni.C.A. e/o l'Assistito non forniscono le informazioni adeguate, il contratto potrebbe non essere adeguato alle loro esigenze.

Art.2 Altre assicurazioni/coperture

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

Lo stesso vale anche nel caso in cui il medesimo rischio sia coperto da contratti stipulati dall'assistito con Enti, Casse e Fondi integrativi sanitari.

È fatto salvo il diritto di regresso della Società e, quindi, la facoltà della Società di recuperare l'eventuale somma versata a titolo di pagamento del danno.

Per diritto di regresso si intende che la Società può chiedere la restituzione di quanto pagato a copertura del danno.

Art.3 OMISSIS

Art.4 OMISSIS

Art.5 Variazione delle persone assicurate – Regolazione del premio

I licenziamenti o le assunzioni che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicati dalle Aziende associate, con modalità telematiche a Uni.C.A. e da quest'ultima rimessi alla Società.

5.1 Persone assicurate

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

Il Titolare del Piano Sanitario è considerato sempre come primo Assistito.

5.2 – Inclusione di nuovi Titolari in corso d'anno

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 della data di assunzione del dipendente e purché comunicata alla Società entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Società.

In tali casi, l'assicurazione è operante dalle ore 00:00 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purché comunicata alla Società entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Società.

Per le inclusioni effettuate nel corso del periodo assicurativo e che comportano il pagamento di un premio, lo stesso sarà calcolato nella misura del:

- - 100% del premio annuo, se l'inclusione avviene nel primo semestre assicurativo;
- - 60% del premio annuo se l'inclusione avviene nel secondo semestre assicurativo.

5.3 Inclusione di Familiari in corso d'anno

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

- a) nascita, adozione o affidamento di un figlio;
- b) 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 00:00 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purché comunicata alla Società entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Società.

I massimali assicurati sono da intendersi comunque al 100%.

5.4 Esclusioni in corso d'anno

La cessazione del presente Piano Sanitario prima della sua naturale scadenza del 01/01/2018, è possibile solamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione del rapporto di lavoro del dipendente per qualsiasi motivo;
- b) decesso del dipendente;
- c) divorzio/separazione con sentenza per il coniuge del dipendente;
- d) venir meno della convivenza per il convivente more uxorio e/o il familiare fiscalmente non a carico;
- e) adesione di un familiare ad una copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro;
- f) raggiungimento dell'85° anno di età, salva la possibilità di mantenere la copertura nei termini previsti dall'art. 18 "Persone non assicurabili" delle CGA;
- g) cessazione dei Piani Sanitari BASE.

In tutti i suddetti casi, l'assicurazione cesserà la sua validità alla prima scadenza annuale successiva al verificarsi dell'evento, anche per gli eventuali familiari assicurati, e pertanto non si procederà ad alcun rimborso del premio.

5.5 Regolazione del premio

Entro il primo mese successivo alla decorrenza, a seguito del ricevimento delle anagrafiche, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto alla Società sulla base delle anagrafiche definitive alla data di decorrenza.

Entro 15 giorni precedenti la scadenza delle singole quietanze per le rate di premio dovute, si procederà contestualmente alla consegna della regolazione contabile del premio in conseguenza delle inclusioni e dei passaggi avvenuti nel corso del periodo di copertura trascorso.

Art.6 Tacito rinnovo

Il presente contratto ha la durata di 13 (tredici) mesi dalla data di decorrenza; lo stesso s'intende in ogni caso cessato alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Art.7 Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero, con l'intesa che l'indennizzo verrà corrisposto in Euro.

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

Art.8 OMISSIS

Art.9 OMISSIS

Art.10 Operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

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

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

Art.11 Assicurazione per conto altrui

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

Art.12 Imposte

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

Art.13 Foro competente

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

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

Art.14 Controversie: mediazione

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

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

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

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

Art.15 Rinvio alle Norme di Legge

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

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art.16 Oggetto dell'Assicurazione

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

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

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A- Servizio Sanitario Nazionale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il pagamento delle suddette spese per ricoveri o Day hospital o interventi chirurgici ambulatoriali effettuati in forma diretta è corrisposto dalla Società direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata, senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto a carico dell'Assistito/Assicurato, anche in caso di Grande Intervento Chirurgico.

MASSIMALE ASSICURATO

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

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art.17 Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le prestazioni definite all'articolo "Prestazioni escluse" dei Piani Sanitari BASE, salvo quanto previsto dall'art. 15 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA del presente Piano Sanitario.

Art.18 Persone non assicurabili

Non è ammesso l'inserimento in polizza di nuovi assicurati che abbiano già compiuto l'85° anno di età alla data del 1 gennaio 2016.

E' concessa tuttavia la facoltà di mantenere in assicurazione, sino al 31 dicembre 2017, 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 dalle esclusioni.

Tuttavia, gli Assicurati che compiano 85 anni nel corso della durata del contratto, potranno essere mantenuti in assicurazione sino al 31 dicembre 2017 previa applicazione, a partire dall'anno successivo al compimento dell'85° anno, della maggiorazione del 25% del premio.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art.19 Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato da Uni.C.A. e/o dall'Assistito alla Società non appena ne abbiano la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

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

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

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

Si precisa che il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

a) Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

La Società rimborsa a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia delle fatture o delle ricevute di pagamento, nonché da:

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero anche in Day hospital (se prevista dal Modulo attivato);

- 2) dettagliata relazione medica attestante le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- 3) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Per poter richiedere il rimborso, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto. Le prestazioni suddette devono essere effettuate da un medico o un infermiere (ovvero personale specializzato), corredate dalla relativa diagnosi, nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista o da infermiere (nel caso di prestazioni connesse alla perdita di autosufficienza, se prevista dal Modulo attivato), 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 dell'attendibilità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

b) Pagamento diretto in Strutture Convenzionate RBM Salute

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti fornitori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Società con i seguenti preavvisi:

- fermo il preavviso minimo di 2 gg (48 h) lavorativi la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione/diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di Assistenza diretta:
 - se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 7 gg lavorativi dalla data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi dalla richiesta dell'Assistito/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 gg 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 gg lavorativo precedente la data dell'evento .

Rimane fermo per l'Assistito il diritto ad un preavviso di almeno 2 gg (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 estremamente a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

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

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

Restano a carico dell'Assistito le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

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

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di Pagamento Diretto qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito/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.

OMISSIS

RBM Salute S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel. +39 0422 1745111 – Fax: +39 0422 1745025
direzionecommerciale@rbmsalute.it
rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

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

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 60.000.000 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).

