

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 cure e protesi dentarie (clinica e chirurgia; odontoiatrica conservatrice; protesi fisse; protesi mobili; implantologia) e cure ortodontiche (check-up; terapia).



Che cosa è assicurato?

La Compagnia rimborsa le seguenti spese:

- ✓ Cure e protesi dentarie: la Società rimborsa le spese per un elenco di prestazioni di clinica e chirurgia, odontoiatrica conservatrice, protesi fisse, protesi mobili ed implantologia;
- ✓ Cure ortodontiche: la Società rimborsa le spese per un elenco di prestazioni di check-up e terapie.

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



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. Sono altresì escluse le spese sostenute per una serie di prestazioni sanitarie (tra cui Vaccini) 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.



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).



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

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

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

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

RBM Assicurazione Salute S.p.A. 

Prodotto: UNICA DENTI TREVISO

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. Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto
2. La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici
3. Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto
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
5. Gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale
6. 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. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli 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;

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Gli interventi di sostituzione di protesi ortopediche di qualsiasi tipo 8. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché l'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni 9. Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno 10. Gli infortuni causati da azione dolose compiute dall'Assicurato 11. Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; 12. Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche 13. Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale 14. Visite e cure mediche effettuate/prescritte da medico generico o con specializzazione non attinente alla patologia che ha motivato la prestazione 15. Visite ed accertamenti per il rilascio/rinnovo di patenti, del certificato di sana e robusta costituzione, del certificato di idoneità alla pratica sportiva 16. Visite, accertamenti e/o perizie per assicurazione 17. Esami effettuati presso le farmacia 18. Controlli medici a carattere aspecifico e check-up 19. Controllo medico di referti di esami clinici 20. Materiale sanitario in genere, acqua termale per inalazioni 21. Medicinali 22. Spese sostenute per il rilascio di documentazione sanitaria (cartella clinica, certificati e atti medici in genere) e per il pagamento di diritti sanitari 23. Vaccini 24. Protesi dentarie provvisorie 25. Cure fango-balneo-termali
--	--

 **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/Persona e gli scoperti/franchigie per evento.



CURE E PROTESI DENTARIE – CURE ORTODONTICHE		
Cure e protesi dentarie	Massimale	Limiti da tariffario
	Condizioni:	
	Fuori rete	Rimborso 80% della spesa sostenuta
Cure ortodontiche	Massimale Check-up	€ 332
	Massimale terapie	€ 1.300 apparecchiature rimovibili; € 1.500 apparecchiature fisse o miste
	Condizioni:	
	Fuori rete	Rimborso 80% della spesa sostenuta

 **Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?**

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>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.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: L'Assicurato ha la facoltà di accedere, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, alle prestazioni sanitarie ed odontoiatriche erogate dalle</p>
---------------------------------------	---

	<p>strutture appartenenti al Network reso disponibile dalla Società.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: non prevista.</p> <p>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.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>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.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>La Società si impegna a:</p> <p>Regime rimborsuale</p> <p>- 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.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>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.</p>
Rimborso	<p>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.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>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).</p>
Sospensione	<p>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.</p>
 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	<p>La facoltà di recesso da parte del contraente è prevista.</p>
Risoluzione	<p>Non sono previsti casi, oltre quelli previsti dalla legge, in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

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



Quali costi devo sostenere?

Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>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</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>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).</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>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.</p>

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 Servizio ed in Quiescenza (ex FAPSER)

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 FI0843
Edizione 01/01/2020

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

SOMMARIO

Condizione di Assicurazione da pag. 1 a pag. 14:

- SEZIONE I

•Glossario da pag. 1

•Capitolo 1 – Informazioni generali - da pag. 2

•Capitolo 2 - Condizioni assicurative - da pag. 5

- SEZIONE II

•Capitolo 1 – Norme relative all'Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie - *da pag. 7*

•Capitolo 2 - Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione - *da pag. 8*

•Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 9*

- SEZIONE III

•Capitolo 1 – Informazioni aggiuntive – da pag. 14

Allegati:

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

2) Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)

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

Sezione I

GLOSSARIO

Società	RBM Assicurazione Salute S.p.A..
Contraente	Uni.C.A. Cassa Assistenza, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari.
Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente.
Indennizzo o indennità	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro per il tramite della Contraente.
Struttura sanitaria	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.
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.
Franchigia	<p>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 del l'Assicurato.</p> <p>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.</p>
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare così come definito all'art. 2.1 "Persone assicurabili" delle Condizioni Generali di Assicurazione (di seguito anche CGA).
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.

DENTI TREVISO

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni generali sull'impresa di assicurazione

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

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

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

Art. 2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'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)

Art. 3. Periodi di carenza contrattuali

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

Art. 4. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

Art. 5. Diritto di recesso

La facoltà di recesso del Contraente/Assicurato è prevista.

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

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

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

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

Art. 7. Reclami

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8.1. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 8.4. Adesione alla copertura – Variazione degli Assicurati

Si richiamano integralmente le norme previste all'art. 1.6 del Piano Sanitario 2020 – 2021 a favore del personale in servizio ed in quiescenza assicurato ad Uni.C.A. e già aderente nel 2019 alla Polizza TREVISO.

Art. 8.5. Oneri fiscali

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

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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".

Art. 8.9. Altre assicurazioni/coperture

Alla sottoscrizione della copertura, il Contraente/Assicurato sono esonerati dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze stipulate per lo stesso rischio; fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso in caso di sinistro 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. Fatto salvo il diritto di regresso della Società.

Sezione II

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

Art. 9.1. Persone assicurabili

L'Assicurazione è prestata a favore del personale in servizio ed in quiescenza assicurato ad Uni.C.A. per il Piano Sanitario 2020 – 2021 e già aderente nel 2019 alla Polizza TREVISO e s'intende valida, per i dipendenti, durante il permanere del rapporto di lavoro e, in caso di cessazione dello stesso, fino alla prima scadenza annuale successiva alla cessazione del rapporto.

Il passaggio fra aziende del Gruppo di persone già assicurate non costituisce in ogni caso novazione del rapporto di assicurazione.

L'Assicurazione è prestata gratuitamente a favore dell'intero nucleo familiare assicurato ad Uni.C.A. Pertanto l'Assicurazione opera anche nei confronti dei familiari come di seguito specificato:

- 1) il coniuge e i figli fiscalmente a carico;
- 2) il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente "more uxorio" (quest'ultimo purché risultante dallo stato di famiglia);
- 3) 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;
- 4) gli altri familiari risultanti dallo stato di famiglia compresi i figli del solo coniuge/convivente more uxorio;
- 5) 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);
- 6) i genitori ultrasessantenni non conviventi (con limite di reddito complessivo di € 26.000 annui lordi).

Nei casi 2), 3) e 4) 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).

Qualora, in caso di assegnazione a nuova sede di lavoro, il dipendente in servizio assicurato si trasferisca nella nuova sede senza l'intero nucleo familiare, l'Assicurazione resterà comunque operante per le persone assicurate non trasferitesi. Ai fini dell'operatività della garanzia, i dipendenti in servizio devono far pervenire la scheda di adesione entro il termine comunicato dall'azienda di appartenenza insieme all'autorizzazione per l'addebito del relativo premio, pena la decadenza del diritto.

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

Art. 9.2. Oggetto dell'Assicurazione

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni di cui ai successivi punti.

Per ottenere le prestazioni l'assicurato può rivolgersi a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il SSN
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con il SSN

La Società garantisce il pagamento diretto o il rimborso delle prestazioni entro i limiti indicati nella successiva tabella, ferma l'applicazione di eventuali scoperti o franchigie previsti dalle singole prestazioni.

OPZIONE DENTARIE TREVISO

Art. 9.3. CURE E PROTESI DENTARIE – CURE ORTODONTICHE



9.3.1 CURE E PROTESI DENTARIE

Sono ammesse a rimborso le domande corredate di fatture, rilasciate da medici od odontotecnici che esercitano presso studi medico-dentistici, attestanti le spese sostenute per prestazioni dentistiche (odontoiatriche, protesiche ecc.).

Si possono presentare a rimborso fatture di laboratori odontotecnici solo per protesi complete superiori e/o inferiori (14 o 28 elementi) o per riparazioni/ribasatura di protesi mobili.

Le prestazioni dovranno essere sempre specificate per tipo, numero ed importo unitario di spesa; dovranno inoltre essere indicati i denti sui quali tali prestazioni sono state effettuate, utilizzando un modulo all'uopo predisposto, che dovrà essere compilato e sottoscritto dal medico dentista.

Nell'ambito di una stessa cura dentaria verranno rimborsate al **massimo 2 visite odontoiatriche**.

Per il rimborso degli interventi di parodontologia è necessario produrre una certificazione attestante la patologia e il tipo di intervento che si è reso necessario.

Limiti:

CLINICA E CHIRURGIA

Visita (max. 2 visite per ogni cura)	80% spesa sostenuta, max.	€ 42,00
Radiografia indorale	80% spesa sostenuta, max.	€ 21,00
Medicazione dentaria	80% spesa sostenuta, max.	€ 21,00
Ortopantomografia	80% spesa sostenuta, max.	€ 63,00
Estrazione dentale	80% spesa sostenuta, max.	€ 63,00
Estrazione di un dente in inclusione ossea completa o parziale	80% spesa sostenuta, max.	€ 145,00
Intervento di parodontologia (per ogni intervento)	80% spesa sostenuta, max.	€ 414,00
Rimozione di protesi fissa (per ogni pilastro)	80% spesa sostenuta, max.	€ 42,00

ODONTOIATRICA CONSERVATRICE

Ablazione tartaro (per ogni seduta)	80% spesa sostenuta, max.	€ 63,00
Cura e otturazione carie non penetrante	80% spesa sostenuta, max.	€ 104,00
Cura e otturazione carie penetrante	80% spesa sostenuta, max.	€ 124,00
Cura scanalare	80% spesa sostenuta, max.	€ 208,00
Ricostruzione di dente devitalizzato	80% spesa sostenuta, max.	€ 124,00
Terapie della parodontosi (ionoforesi, gengivectomia, molaggio selettivo, infiltrazioni intergengivali, legatura interdentale, ecc.)	80% spesa sostenuta, max.	€ 414,00
Prevenzione dentaria (fluorizzazione, sigillatura, ecc.)	80% spesa sostenuta, max.	€ 310,00

PROTESI FISSE

Elemento di protesi o capsula o corona	80% spesa sostenuta, max.	€ 414,00
Perno moncone	80% spesa sostenuta, max.	€ 166,00
Pernini parapulpari	80% spesa sostenuta, max.	€ 63,00
Intarsio	80% spesa sostenuta, max.	€ 208,00
Restauro e/o riparazione elemento di protesi (faccetta)	80% spesa sostenuta, max.	€ 124,00

PROTESI MOBILI

Scheletrato con 3 o più elementi (comprensivo di	80% spesa sostenuta, max.	€ 1.240,00
Scheletrato con 3 o più elementi (comprensivo di attacchi)	80% spesa sostenuta, max.	€ 1.860,00
Protesi completa superiore o inferiore (14 elementi)	80% spesa sostenuta, max.	€ 1.450,00
Protesi completa superiore e inferiore (28 elementi)	80% spesa sostenuta, max.	€ 2.900,00
Elemento di scheletrato o di protesi completa superiore e/o inferiore o di protesi mobile	80% spesa sostenuta, max.	€ 124,00
Gancio e/o attacco:	80% spesa sostenuta, max.	€ 166,00
Riparazione o ribasatura protesi	80% spesa sostenuta, max.	€ 208,00

IMPLANTOLOGIA

Intervento chirurgico (per emiarcata)	80% spesa sostenuta, max.	€ 414,00
Impianto e/o perno	80% spesa sostenuta, max.	€ 414,00

9.3.2 CURE ORTODONTICHE

Sono ammesse a rimborso le domande corredate di:

- prescrizione medico specialistica dalla quale risulti il tipo di malformazione, la probabile durata delle cure ed il tipo di apparecchio - fisso, mobile o misto - da applicare
- fattura/ricevuta attestante la spesa sostenuta.

Limiti:

CHECK-UP

- Ortopantomografia, teleradiografia, tracciato e analisi cefalometrica, serie fotografica, esame elettromiografico, modelli di studio ecc.: **80%** della spesa documentata, max. **€ 332,00**

TERAPIA

- Per ogni anno di cura con apparecchiature rimovibili e funzionali (comprese visite di controllo): **80%** della spesa documentata, max. **€ 1.300,00**
- Per ogni anno di cura con apparecchiature fisse o miste (comprese le visite di controllo): **80%** della spesa documentata, max. **€ 1.500,00**.

CAPITOLO 2 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 9.4. Prestazioni escluse

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

1. Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto
2. La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici
3. Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto
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
5. Gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale
6. 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. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli 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;
7. Gli interventi di sostituzione di protesi ortopediche di qualsiasi tipo
8. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché l'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni
9. Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno
10. Gli infortuni causati da azione dolose compiute dall'Assicurato
11. Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
12. Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
13. Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale
14. Visite e cure mediche effettuate/prescritte da medico generico o con specializzazione non attinente alla patologia che ha motivato la prestazione
15. Visite ed accertamenti per il rilascio/rinnovo di patenti, del certificato di sana e robusta costituzione, del certificato di idoneità alla pratica sportiva
16. Visite, accertamenti e/o perizie per assicurazione
17. Esami effettuati presso le farmacia
18. Controlli medici a carattere aspecifico e check-up
19. Controllo medico di referti di esami clinici
20. Materiale sanitario in genere, acqua termale per inalazioni
21. Medicinali
22. Spese sostenute per il rilascio di documentazione sanitaria (cartella clinica, certificati e atti medici in genere) e per il pagamento di diritti sanitari
23. Vaccini
24. Protesi dentarie provvisorie
25. Cure fango-balneo-termali

Art. 9.5. Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 9.6. 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 dalle esclusioni

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 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.**

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).

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) **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;**
- 3) **dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;**
- 4) **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;
- 5) **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);**
- 6) **quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.**

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

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

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

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

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

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

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

b) Richiesta di rimborso on line

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

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

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

Sezione III

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

App mobile

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

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

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

Preganziol, 2019

RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Cassa Uni.C.A.

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. 8.7 Foro Competente

Art. 9.6 Limite di età

Art.10 Oneri in caso di Sinistro

Cassa Uni.C.A.

Allegato 1: 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/Persona e gli scoperti/franchigie per evento.

CURE E PROTESI DENTARIE – CURE ORTODONTICHE	
Cure e protesi dentarie	<p>Massimale Condizioni: Fuori rete</p> <p>Limiti da tariffario Rimborso 80% della spesa sostenuta</p>
Cure ortodontiche	<p>Massimale Check-up Massimale terapie Condizioni: Fuori rete</p> <p>€ 332 € 1.300 apparecchiature rimovibili; € 1.500 apparecchiature fisse o miste Rimborso 80% della spesa sostenuta</p>

DENTI TREVISO

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.

Regstrandosi all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricando le nostre App per dispositivi mobili (*FeelUp* 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 consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

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

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

Via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)

Tel. +39 0422 062700 – Fax: +39 0422 1745025

direzionecommerciale@rbmsalute.it

Sede Secondaria:

Via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)

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

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

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico

Capitale Sociale € 160.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145

Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

DENTI TREVISO

