

SOMMARIO

Nota Informativa:

-
- Glossario
-

Condizione di Assicurazione comprensive di:

-
- Condizioni Generali di Assicurazione

 - Norme relative all'Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

 - Norme operanti in caso di sinistro

 - OMISSIS

 - OMISSIS
-

- ALLEGATI
-

- 1) 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 Assicurato, 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 2 anni a partire dalle ore 00.00 del 01/01/2018 alle ore 24.00 del 31/12/2019 giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio (vedi art. 1.2 "Decorrenza, pagamento e regolazione del premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito anche CGA).

Il contratto non prevede il tacito rinnovo (vedi art. 1.4 "Durata del contratto" delle CGA).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per **Cure dentarie** (vedi Sezione 2 "Norme relative all'Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie" delle CGA).

In caso di ricovero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura non prevede il pagamento di un'indennità prestabilita per ogni giorno di ricovero .

Avvertenza: la copertura, prevede esclusioni (vedi art. 2.4 "Prestazioni escluse" delle CGA) e cause di non assicurabilità (vedi art. 2.6 "Limite di età" delle CGA).

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo per ogni singola prestazione (vedi art. 2.3 "Cure e protesi dentarie – Cure ortodontiche" delle CGA). Ad esempio, qualora il massimale per una "Estrazione dentale" fosse di € 63,00, il totale degli indennizzi per prestazione non potrà superare tale importo.

Avvertenza: La copertura prevede franchigie e scoperti (vedi art. 2.3 "Cure e protesi dentarie – Cure ortodontiche" delle CGA). Ad esempio:

Opzione Dentaria Treviso: la garanzia "Cure ortodontiche", prevede il rimborso nel caso in cui l'assistito utilizzi strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il S.S.N. sia strutture private o pubbliche non convenzionate con il S.S.N.; a fronte di una spesa annuale per "cura con apparecchiatura rimovibile" pari ad € 1.100,00, il solo importo che rimarrà a carico dell'Assistito/Assicurato ammonta ad € 220,00 pari al 20% della spesa documentata entro il massimale di € 1.300,00 previsto dalla garanzia.

Avvertenza: sono previsti limiti massimi di età assicurabile (vedi art. 2.6 "Limite di età" delle CGA).

4. Periodi di carenza contrattuali

La polizza non prevede periodi di carenza .

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

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

Non sono previste cause di nullità.

6. OMISSIS

7. OMISSIS

8. OMISSIS

9. OMISSIS

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto (art. 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 e si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

12. Regime fiscale

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

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

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

Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società non appena l'assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità; la Società può richiedere che l'assicurato sia visitato da un proprio fiduciario (vedi art. 3.1 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA).

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura non è prestata in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati, ma esclusivamente in forma rimborsuale (vedi art. 3.1 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA).

15. Reclami

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

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

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

- rivolgersi all'IVASS, utilizzando il fac-simile di lettera disponibile sul sito dell'Autorità di Vigilanza, al seguente link:
- http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf
- avvalersi della procedura di mediazione¹ 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.

¹ In base alla vigente normativa, chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di contratti assicurativi, è tenuto preliminarmente a esperire il procedimento di mediazione. L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

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.

16. Arbitrato

Non è prevista alcuna forma di arbitrato; per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti possono ricorrere alla Mediazione ex D.lgs. 28/2010 ss.mm.ii. o alla procedura "Reclami" di cui al precedente articolo, ultimo comma, o adire l'Autorità Giudiziaria competente, previo esperimento del tentativo di mediazione richiesto come condizione di procedibilità ai sensi di legge.

Per i dettagli si rinvia all'art. 1.10 "Controversie" delle CGA.

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

RBM Assicurazione Salute S.p.A.

GLOSSARIO

| | |
|--|---|
| Società | RBM Assicurazione 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 | 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 dell'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. |

Polizza Rimborso Spese Mediche da Malattia e da Infortunio

Condizioni di Assicurazione

GLOSSARIO

| | |
|--|---|
| Società | RBM Assicurazione 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 | 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 dell'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. |

1 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - 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. 1.2 – OMISSIS

Art. 1.3 – OMISSIS

Art. 1.4 – OMISSIS

Art. 1.5 – OMISSIS

Art. 1.5 BIS – 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'Assistito/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'Assistito, anche in forma elettronica, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente alla Società qualora questa ne faccia richiesta.

Art. 1.5 TER – OMISSIS

Art. 1.6 – Adesione alla copertura – Variazione degli Assicurati

Si richiamano integralmente le norme previste all'art. 1.6 del Piano Sanitario 2018 – 2019 a favore del personale in servizio ed in quiescenza assicurato ad Uni.C.A. e già aderente nel 2017 alla Polizza TREVISO.

Art. 1.7 – Oneri fiscali

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

Art. 1.8 - 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. 1.9 - 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'Assistito/Assicurato è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito/Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 1.10 - Controversie

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, individuata secondo le previsioni dell'art. 1.9 "Foro competente" delle CGA.

Art. 1.11 - Altre assicurazioni/coperture

Alla sottoscrizione della copertura, il Contraente/Assistito sono esonerati dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze stipulate per lo stesso rischio; fermo l'obbligo dell'Assistito 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'assistito con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Fatto salvo il diritto di regresso della Società.

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

Art. 2.1 - Persone assicurabili

L'Assicurazione è prestata a favore del personale in servizio ed in quiescenza assicurato ad Uni.C.A. per il Piano Sanitario 2018 - 2019 e già aderente nel 2017 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;
- 4) gli altri familiari risultanti dallo stato di famiglia;
- 5) i figli fiscalmente non a carico e non conviventi, di età non superiore a 35 anni, 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. 2.2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Per ottenere le prestazioni l'assistito 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. 2.3 - CURE E PROTESI DENTARIE - CURE ORTODONTICHE

2.3.1 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 paradentosi (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 qanci) | 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 |

2.3.2 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.

Art. 2.4 – 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'Assistito

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 documentaizone 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. 2.5 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.6 - 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 2017.

E' concessa tuttavia la facoltà di mantenere in assicurazione, sino al 31 dicembre 2019, 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.

OMISSIS

3 - NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 3.1 - Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito/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'Assistito/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'Assistito/Assicurato.

L'Assistito/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'Assistito/Assicurato stesso.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assistito 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 o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assistito è tenuto a trasmettere alla Società il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito/Assicurato

La Società indennizza a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché da:

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere;
- 3) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- 4) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio. In caso di cure dentarie da infortunio (se previste dall'opzione) 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).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito/Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assistito/Assicurato. 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 suddette 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.

4 - OMISSIS

5 - OMISSIS

OMISSIS

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 € 100.000.000 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

