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

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

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

Copertura Sanitaria per il Fondo PMI SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le condizioni di assicurazione

MODELLO FI 1881
Edizione 01/2020

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

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

SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 45:

- SEZIONE I
  - Glossario *da pag. 1*
  - Capitolo 1 – Informazioni generali - *da pag. 6*
  - Capitolo 2 - Condizioni assicurative - *da pag. 8*
- SEZIONE II
  - Capitolo 1 - Prestazioni assicurate - *da pag. 13*
  - Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni - *da pag. 30*
  - Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 31*
- SEZIONE III
  - Capitolo 1 – ComfortSalute®

Allegati:

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

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 nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

Per rendere più chiare le Condizioni di assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo
Fondo grigio: decadenze, nullità, limitazione delle garanzie, oneri a carico del contraente o dell'assicurato
Box blu: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante delle Condizioni di assicurazione. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: contratto con il quale RBM Salute copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nelle CDA.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato
- attiva la centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Assistenza infermieristica: assistenza offerta da personale fornito di specifico diploma.

Carenza: periodo compreso tra la stipula del contratto assicurativo e l'attivazione delle coperture.

Cartella clinica: insieme dei documenti ufficiali avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.

CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero,
- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

Certificato di assicurazione: documento che contiene gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, premio, dati dell'Associato, soggetti assicurati, ecc).

Contraente: PMI SALUTE, via Tagliamento, 25 – 00198 Roma (RM), C.F. 97948210584 che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del versamento del premio.

Convalescenza: periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale. L'inabilità temporanea totale si verifica quando l'Assicurato si trovi nell'impossibilità fisica totale di poter effettuare da solo almeno due degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi.

La convalescenza deve essere prescritta:
- all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica
- oppure dal medico di medicina generale (o medico di assistenza primaria).

L'inabilità deve risultare dalla documentazione medica.

Day Hospital: ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery),e documentate da Cartella clinica. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).
Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:
- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

Evento e Data Evento:
- **Prestazioni ospedaliere/Interventi chirurgici odontoiatrici:** singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post e, per gli interventi chirurgici odontoiatrici, implantologia post-chirurgica).
  N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.
  Data evento: data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
  Data evento: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento.
- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.
  Data evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.
  Data evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico dell'Assicurato, durante il ricovero.

Indennizzo: la somma che RBM Salute deve in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate.

Intervento ambulatoriale: intervento di piccola chirurgia senza ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.

Intervento chirurgico: atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento chirurgico concomitante: ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

Istituto di cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera.
Non sono istituto di cura:

- gli stabilimenti termali
- le case di convalescenza e di soggiorno
- colonie
- case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA)
- istituti pubblici di assistenza e beneficienza (IPAB).

Lungodegenza: ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata.
Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio**.**
La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS[1]).

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Medicina Alternativa o Complementare: pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta.
Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.pmisalute.it o nell'App mobile.

[1] Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

Nucleo familiare: il coniuge (non legalmente ed effettivamente separato), il convivente more uxorio o la persona unita civilmente[2], figli fino al compimento del 26° anno di età, figli senza alcun limite di età che si trovino per grave infermità nell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere un'attività lavorativa (compresi i figli adottivi, affidati o affiliati), fiscalmente a carico del titolare della copertura.

Optometrista: professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

Polizza: contratto di assicurazione.

Premio: la somma che il Contraente deve a RBM Salute.

Protesi odontoiatriche: dispositivi medici individuali realizzati per riabilitare le funzioni orali dei pazienti sprovvisti di uno o più denti. Possono essere fisse o mobili, parziali o totali.

Protesi ortodontiche: dispositivi medici individuali utilizzati per prevenire, intercettare e correggere i vari tipi di malocclusione, malposizione e disfunzione dei denti e delle strutture correlate.

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato
- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Costituisce parte integrante della Polizza.

RBM Salute: RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di RBM Salute o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Regime rimborsuale: regime per cui RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nelle CDA.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera). N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.

Ricovero improprio: la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:
- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

Rimborso: la somma che RBM Salute deve in caso di sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

[2] Legge 76/2016, c.d. legge Cirinnà, che istituisce e regola le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto tra etero e omosessuali.

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Sport professionistico / Gare professionistiche: attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.
Per ricoveri con intervento chirurgico **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea.

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza
Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da**:**

- medico specialista
- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995(fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:
- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento.

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.
Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista).

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni su RBM Salute

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[3].

Sito: www.rbmsalute.it
Mail: info@rbmsalute.it
PEC: rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

Sede legale e direzione generale
via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde - Preganziol (TV)
tel. 0422 062700

Sede secondaria
via Victor Hugo 4, 20123 Milano
tel. 02 91431789

Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2018[4]

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[5]: 175% (189% al netto dell'add on di capitale)

Art. 3. Carenza contrattuale

Non prevista.

Art. 4. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 5. Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dal contratto.

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

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze[6].

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2020, RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2021.

Gli altri diritti che derivano dal contratto si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

Art. 7. Reclami

7.1 Come fare reclamo

I reclami sul contratto o su un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati a RBM Salute a scelta:

- compilando il modulo on line (www.rbmsalute.it/reclami),

[3] G.U. 255 del 2 novembre 2007.

[4] I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su www.rbmsalute.it (sezione Informazioni Societarie).

[5] L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.

[6] Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.

- per posta ordinaria o raccomandata: RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde
- per fax: 0422/062909
- per mail: reclami@rbmsalute.it.

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:
- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

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

Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità
- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi, se esistono.

Liti transfrontaliere
Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su www.ec.europa.eu/fin-net) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

7.2 Risposte al reclamo
RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.

Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:
- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
  fax: 06.42133206
  pec: ivass@pec.ivass.it
  informazioni su www.ivass.it
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria[7] per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

[7] D. Lgs. 28/2010, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8. Cosa si assicura

RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

Art. 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione[8].

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre a RBM Salute di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

L'Assicurato deve comunicare a RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 10. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare a RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, RBM Salute non è tenuta a pagare l'indennizzo.
In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri[9]. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento[10].

Art. 11. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

11.1 Decorrenza

L'assicurazione dura 2 anni e ha effetto:
- dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2020 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

11.2. Premio

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.
Pur annuo e indivisibile, è frazionato in modo trimestrale posticipato a 30 giorni, come riportato sul certificato di polizza.
È versato dal Contraente a RBM Salute con bonifico bancario, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.
Le successive scadenze devono comunque essere rispettate[11].

[8] Articoli 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice civile.
[9] Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.
[10] Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.
[11] Art. 1901 "Mancato pagamento del premio" del Codice civile.

Scaduti i termini, con raccomandata RBM Salute può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.

11.3 Anagrafica
Le anagrafiche devono pervenire a RBM Salute tramite tracciato informatico concordato.
Anagrafica **provvisoria:** entro il 31 luglio 2020.
Anagrafica **definitiva**: entro il 1° agosto 2020.
In mancanza, la Compagnia non potrà prendere in carico richieste di sinistro.

In caso di rinuncia volontaria dell'Assicurato alla copertura, l'aggiornamento anagrafico deve essere comunicato entro e non oltre il 5° giorno del mese successivo a quello in cui è avvenuta la rinuncia.

Art. 12. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

12.1 Modalità di computo del premio e mancato pagamento del premio
Il premio è dovuto per intero per i Dipendenti in forza al 01/01/2020.
Per i lavoratori assunti dopo il 01/01/2020, il premio è dovuto dal 1° giorno del mese successivo ed è calcolato in base alle mensilità di effettiva copertura.
In caso di assunzione in corso d'anno, l'Azienda versa esclusivamente le rate di premio dovute successivamente all'assunzione in copertura del neo-assunto.

Il premio non è dovuto nei periodi di aspettativa non retribuita, salvo il caso in cui il Dipendente voglia rimanere in copertura. In tal caso il Dipendente deve versare il premio con frazionamento mensile.
Sono fatti salvi i periodi di aspettativa che prevedano qualsiasi forma di integrazione economica, che verranno considerati periodi di servizio a tutti gli effetti.

In caso di interruzione del rapporto di lavoro in corso d'anno per qualsiasi causa intervenuta (escluso il decesso), la copertura sanitaria opera fino alle ore 24:00 dell'ultimo giorno dell'annualità assicurativa nella quale si è interrotto il rapporto di lavoro.
L'Assicurato che abbia interrotto il rapporto di lavoro può decidere volontariamente di proseguire in copertura.
In caso di interruzione del rapporto di lavoro per pensionamento, l'Assicurato può proseguire la copertura se l'abbia già attivata nei 12 mesi prima del pensionamento.
La prosecuzione della copertura opera anche per il Nucleo familiare.
In caso di decesso, l'adesione, il pagamento del premio e le corrispondenti prestazioni cessano l'ultimo giorno del trimestre nel quale è avvenuto il decesso.

Entro il 30/04/2020 il Contraente comunica a RBM Salute le generalità delle Aziende aderenti al Fondo che non abbiano versato il premio.
Dal 31/07/2020 RBM Salute sospende le prestazioni erogate in favore dei Dipendenti delle Aziende che non abbiano regolarizzato il versamento del premio.

12.2 Inclusione di Familiari in corso d'anno
L'estensione al nucleo familiare opera automaticamente dal primo giorno del mese successivo alla data di comunicazione di inserimento dello stesso e il relativo premio si ritiene incluso, da subito, nel premio del dipendente in servizio.

12.3 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno
La copertura opera fino alla prima scadenza utile.

12.4 Regolazione premio
Oltre a quanto previsto all'art. 11.3 "Anagrafica":

- **entro 30 giorni dalla** ricezione dell'anagrafica definitiva, si procede alla regolazione contabile del premio dovuto alla data di decorrenza

- **entro 15 giorni** prima della scadenza delle singole quietanze delle rate di premio, si consegna la regolazione contabile del premio a seguito delle inclusioni e dei passaggi del periodo di copertura trascorso.

Il premio relativo alla regolazione deve essere versato entro 30 giorni dal ricevimento del documento.

Se aumentano i nuclei familiari assicurati, il Contraente deve pagare la rata di rinnovo aumentata in base allo stato del rischio comunicato.

12.5 Categorie assicurate

- dipendenti in servizio delle aziende associate al Fondo di PMI SALUTE.
- relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare a fronte del versamento di un premio aggiuntivo.

I figli di dipendenti della stessa Azienda coniugati o conviventi more uxorio devono essere inseriti in copertura solo nel nucleo del coniuge o convivente maggiore di età tra i due.

Se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio sono dipendenti della stessa Azienda e titolari del piano sanitario, non possono anche essere inseriti come familiari nel nucleo del rispettivo coniuge o convivente.

Devono aderire tutti gli appartenenti alla stessa categoria di lavoratori.

12.6 Adesione e rinuncia dei lavoratori

a) Adesione/rinuncia lavoratori in forza al 01/01/2020
Entro il 31 dicembre 2019 le Aziende che applicano il CCNL Confimi Impresa Meccanica – FIM-CISL, UILM-UIL sono tenute ad iscrivere obbligatoriamente alla polizza, dedicata ai dipendenti delle PMI Manifatturiere Metalmeccaniche, tutti i Dipendenti in forza, salvo facoltà di successiva rinuncia individuale.
In caso di nuove assunzioni, le Aziende devono obbligatoriamente iscrivere i neo-assunti a seguito del superamento del periodo di prova e la copertura ha effetto dal 1° giorno del mese successivo a tale data.

L'Assicurato può rinunciare volontariamente all'assistenza sanitaria integrativa entro il 31 gennaio 2020; mentre, il neo-assunto può rinunciare volontariamente entro 30 giorni dall'assunzione.
Per esercitare la propria facoltà di rinuncia, l'Assicurato deve compilare e consegnare alla propria azienda il "modulo di rinuncia" reperibile sul sito internet www.pmisalute.it.

In caso di rinuncia volontaria è riconosciuta al Dipendente una sola possibilità di rientrare in copertura con applicazione di una carenza su tutte le prestazioni della polizza pari a 2 mesi dalla data di decorrenza della nuova adesione.

b) Adesione/rinuncia lavoratori assunti successivamente al 01/01/2020
La copertura sanitaria decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo a quello di assunzione del lavoratore.
L'Assicurato può rinunciare volontariamente alla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla data di assunzione.

In caso di rinuncia volontaria è riconosciuta al lavoratore una sola possibilità di rientrare in copertura con applicazione di una carenza su tutte le prestazioni della polizza pari a 2 mesi dalla data di decorrenza della nuova adesione.

c) Disdetta
L'Assicurato può cessare la partecipazione alla copertura assicurativa, ferma restando la permanenza minima di 12 mesi a decorrere dalla data di iscrizione.
In caso di disdetta della partecipazione l'Assicurato deve compilare e inviare a RBM Salute il relativo modulo entro e non oltre il 31 ottobre dell'annualità assicurativa in corso.
La disdetta ha effetto dal 1 gennaio dell'annualità successiva.

Se l'Assicurato esercita la propria facoltà di disdetta non può rientrare in copertura per tutto l'anno successivo.
Il Dipendente può richiedere 1 sola volta di essere nuovamente inserito in copertura a partire dall'anno successivo a quello in cui è stata esercitata la facoltà di disdetta.

Art. 13. Estensione Territoriale
L'assicurazione vale in tutto mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.
Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 14. Forma delle comunicazioni
Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 15. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente
Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:
a) Condizioni di Assicurazione
b) Informativa Privacy (allegato 2).

Art. 16. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie
Nei casi di:
- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario
- modifiche statutarie sul cambio di denominazione sociale o sul trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, RBM Salute consegna al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.

Art. 17. Assicurazione per conto altrui
Questa assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato[12].

Art. 18. Regime fiscale
Tassa sui premi: 2,50%
Tassa sugli indennizzi: non prevista.
Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato da RBM Salute.

Art. 19. Foro Competente
Per le controversie
- tra RBM Salute e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede legale RBM Salute
- tra RBM Salute e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

[12] Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi, se previsti.

Art. 20. Controversie: mediazione

Per controversie connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente[13].
Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria (→ Art. 19 "Foro competente").

Art. 21. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.
Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

[13] D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.

Sezione II

CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 22. Descrizione delle prestazioni Assicurate
RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni

1.1. Ricovero con intervento chirurgico in Istituto di Cura (Allegato 3), o Intervento ambulatoriale

Prima del ricovero
Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro 90 giorni prima del ricovero o dell'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico

Durante il ricovero
- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, nonché trattamenti fisioterapici e riabilitativi purchè erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria.

Dopo il ricovero
Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro 100 giorni dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Trapianti
In caso di trapianto, sono riconosciute le spese dell'Assicurato per ricevere l'organo trapiantato, le spese per il prelievo al donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.
Prima del ricovero, sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.
Nel caso di donazione da vivente, sono riconosciute le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica infermieristica, intervento chirurgico, cure medicinali, rette di degenza.

1.2 Rette di degenza dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assicurato: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto**,** documentati (fatture, notule, ricevute). Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

1.3 Trasporto sanitario

Trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.
La scelta del mezzo per il trasporto spetta ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

1.4 Indennità sostitutiva

Se l'Assicurato non sostiene spese durante il ricovero, per le necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, per favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, RBM Salute liquida un'indennità di 150,00 euro per ciascun giorno di ricovero fino a massimo 160 giorni.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

RBM Salute rimborsa le stesse prestazioni descritte al punto 1.1 "prima del ricovero" e "dopo il ricovero", sostenute nei giorni prima e dopo il ricovero.

L'indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura sanitaria.

1.5 Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere

- Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili a termini di polizza

- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
  a) gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, quando previsto
  b) gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50% in proporzione alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

1.6 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate:

- 30.000,00 euro a nucleo
- 60.000,00 euro a nucleo in caso di trapianto.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale, solo se la provincia di residenza o domicilio dell'Assicurato è priva di strutture convenzionate
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato.

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: nessuno
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%

Esempi:
Regime di assistenza diretta
Massimale € 30.000,00
Costo dell'intervento di echinococcosi € 14.298,00
Nessuno scoperto
Prestazione autorizzata € 14.298,00
SSN
Massimale € 30.000,00
Richiesta di rimborso per intervento di echinococcosi € 14.298,00
Indennizzo € 14.298,00

2. Ricovero senza intervento chirurgico in Istituto di Cura o Intervento ambulatoriale

RBM Salute rimborsa le spese di cui al punto 1.1 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", sostenute nei giorni prima, durante e dopo il ricovero.

2.1 Eventi Morbosi

- Infarto miocardico acuto: coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni. La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: 1) dolore precordiale, 2) alterazioni tipiche all'ECG, 3) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche
- Ictus cerebrale: (accidente cerebro-vascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) a esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio
- Tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; limitatamente alla sola copertura in oggetto vengono esclusi: i carcinomi *in situ*, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III° e IV° stadio di Clarke
- Insufficienza renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica
- Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 50% del corpo.

2.2 Parto naturale, Parto cesareo ed aborto

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 2.1 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro i relativi sub-massimali indicati in polizza.

Parto cesareo: le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocele, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) sono rimborsabili nei limiti di cui al punto 2.1.

2.3 Rette di degenza dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assicurato: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto**,** documentati (fatture, notule, ricevute).

2.4 Indennità sostitutiva

Se l'Assicurato non richiede rimborsi per spese sostenute durante il ricovero, per le necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, per favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, RBM Salute liquida un'indennità di 80,00 euro per ciascun giorno di ricovero fino a 160 giorni.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

RBM Salute rimborsa le stesse prestazioni descritte al punto 2.1 "prima del ricovero" e "dopo il ricovero", sostenute nei giorni prima e dopo il ricovero.

L'indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura sanitaria.

2.5 Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere

- Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili a termini di polizza

- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
  c) gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, quando previsto
  d) gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50% in proporzione alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

2.6 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui
Per il complesso delle prestazioni indicate: 5.000,00 euro a nucleo

Sub-massimali annui per:
- parto naturale e aborto terapeutico: 2.000,00 euro

Regimi di erogazione
- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale, solo se la provincia di residenza o domicilio dell'Assicurato è priva di strutture convenzionate
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato.

Franchigie e scoperti
- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: scoperto 25%
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi:
Regime rimborsuale
Massimale € 5.000,00
Costo dell'intervento di echinococcosi € 14.298,00
Scoperto 25%
Prestazione autorizzata € 14.298,00 (di cui € 5.000,00 a carico di RBM Salute)

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

1.1 Alta Diagnostica

- diagnostica radiologica con mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.)
- risonanza magnetica nucleare
- TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- Medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.)
- Coronarografia
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
- Amniocentesi e Villocentesi (solo in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta o per gestante oltre i 35 anni)
- Elettroencefalografia
- PET
- Campimetria visiva
- Cisternografia

1.2 Terapie e cure

- Dialisi
- Radioterapia
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia

1.3 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 350,00 euro a nucleo, condiviso con la garanzia Visite Specialistiche.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta (in caso di ciclo di terapie o cure, la Centrale Operativa deve essere attivata per ogni singola prestazione)
- Regime rimborsuale, solo se la provincia di residenza o domicilio dell'Assicurato è priva di strutture convenzionate
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia di 20,00 euro
- Regime rimborsuale: nessuno
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: franchigia di 10,00 euro per prestazione o ciclo di terapie/cure.

Esempi:
Regime di Assistenza diretta
Massimale € 350,00
Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00
Franchigia € 20,00 per prestazione o ciclo di terapia
Prestazione autorizzata € 245,00 (di cui € 225,00 a carico di RBM Salute e € 20,00 a carico dell'Assicurato)

2. VISITE SPECIALISTICHE

2.1 Prestazioni

RBM Salute provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche e delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita.

Rientra in garanzia esclusivamente 1 prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 350,00 euro a nucleo, condiviso con la garanzia Alta Specializzazione.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta (in caso di ciclo di terapie o cure, la Centrale Operativa deve essere attivata per ogni singola prestazione)
- Regime rimborsuale, solo se la provincia di residenza o domicilio dell'Assicurato è priva di strutture convenzionate
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia di 20,00 euro per prestazione o ciclo di terapie/cure
- Regime rimborsuale: nessuno
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: franchigia di 10,00 euro per prestazione o ciclo di terapie/cure.

Esempi:
Regime di assistenza diretta
Massimale € 350,00
Costo della visita specialistica dermatologica € 150,00
Franchigia € 20,00 per prestazione o ciclo di terapia
Prestazione autorizzata € 150,00 (di cui € 130,00 a carico di RBM Salute e € 20,00 a carico dell'Assicurato)

3. LENTI IN NETWORK

3.1. Prestazioni

Lenti in Network

RBM Salute copre, una tantum ogni tre anni, le spese per:

- acquisto di lenti e occhiali da vista (con lenti e montatura certificati Luxottica)
- 1 visita oculistica/ortottica

senza necessità di modifica del visus.
La garanzia opera solo in Assistenza diretta e nei centri convenzionati Salmoiraghi & Viganò.

3.2 Regimi e condizioni di erogazione

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Massimali annui

Massimale annuo previsto per le prestazioni indicate:

- una tantum di 150,00 euro a nucleo
- una tantum aggiuntiva di 75,00 euro a nucleo in caso di rottura delle lenti
- una tantum agguntiva di 55,00 euro a nucleo in caso di furto o smarrimento degli occhiali o rottura della montatura

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: nessuno.

Esempi:
Regime di Assistenza diretta
Massimale € 150,00
Costo delle lenti progressive € 400,00
Prestazione autorizzata € 400,00 (di cui € 150,00 a carico di RBM Salute e € 250,00 a carico dell'Assicurato).

C) TRATTAMENTI RIABILITATIVI PER INFORTUNIO

1.Prestazioni

Sono riconosciute le spese per:

- trattamenti fisioterapici
- trattamenti di kinesiterapia
- riabilitazione cardiologica
- neuromotoria per recuperare la salute.

La garanzia opera a seguito di intervento rientrante nella garanzia A) "Prestazioni Ospedaliere", punto 1. "Ricovero con intervento chirurgico, effettuato in Istituto di Cura o Day Hospital", in aggiunta a quanto ivi previsto per le prestazioni "Dopo il ricovero" o per trattamenti riabilitativi resi necessari a seguito di infortunio in presenza di un certificato di pronto soccorso.

Non rientrano in garanzia le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico sportivi, centri estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere, anche se con annesso centro medico.

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 700,00 euro a nucleo, inteso come limite di spesa aggiuntivo rispetto a quello già garantito all'interno del massimale per prestazione previsto per ciascuno degli interventi chirurgici rientranti nella precedente garanzia A) 1. "Ricovero con intervento chirurgico effettuato in Istituto di Cura, o Day Hospital"

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale, solo se la provincia di residenza o domicilio dell'Assicurato è priva di strutture convenzionate
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: nessuno
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi:
Regime di Assistenza diretta
Massimale € 700,00
Costo della massoterapia (3 sedute) € 240,00
Prestazione autorizzata € 700,00

D) PREVENZIONE

1. PREVENZIONE ODONTOIATRICA – garanzia valida per il solo Titolare

La copertura prevede l'erogazione, 1 volta all'anno, delle seguenti prestazioni da effettuarsi in un'unica seduta:

- 1 Detartrasi
- 1 Visita di prima valutazione

La presente garanzia opera solo in Assistenza diretta.

Regimi e condizioni di erogazione
Massimale
Massimale annuo: illimitato.

Regimi di erogazione
- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti
- Assistenza diretta: nessuno.

2. PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE "PROGETTO CUORE"

2.1 Prestazioni

La garanzia opera per il solo titolare della copertura.
Sono coperte le spese relative a:

- screening cardiovascolare
- svolgimento delle attività necessarie a fornire all'Assicurato l'indicazione della propria classe di rischio cardiovascolare, in base alla classificazione individuata nell'ambito del "Progetto cuore" redatto dal Ministero della Sanità. Il Progetto Cuore è un programma di epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari finalizzato a monitorare nel nostro Paese la frequenza di queste malattie e dei fattori di rischio ad esse correlati e a fornire strumenti utili a prevenirle.

La struttura esegue le prestazioni indicate nel protocollo di screening cardiovascolare e le attività necessarie a fornire all'Assicurato l'indicazione della classe di rischio cardiovascolare cui appartiene secondo il predetto protocollo redatto dal Ministero della Sanità.
All'esito dello screening è attribuito un punteggio a cui corrisponde una percentuale di rischio di eventi cardiovascolari nei 10 anni successivi.

Il pacchetto prevede i seguenti esami:
- Elettrocardiogramma
- esame urine
- Prelievo venoso
- AST-ALT
- Colesterolo totale
- HDL
- Emocromo
- Trigliceridi
- PTT
- PT
- Dosaggio omocisteina.

Ciascun esame preventivo è alternativo alla garanzia 3. "Prevenzione del rischio oncologico".
La presente garanzia opera solo in Assistenza diretta, una volta ogni 3 anni e in un'unica soluzione.

2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali
Massimale annuo per le prestazioni indicate: illimitato

Regime di erogazione
- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti
- Assistenza diretta: nessuno

3. PREVENZIONE DEL RISCHIO ONCOLOGICO

La garanzia opera per il solo titolare della copertura.
La garanzia opera in alternativa alla garanzia 2. “Prevenzione cardiovascolare Progetto Cuore” e solo in Assistenza diretta una volta ogni 3 anni.

- **Prestazioni previste per Donne (età pari o superiore a 45 anni):**

  - Mammografia
  - Ecodoppler tronchi sovraortici

- **Prestazioni previste per Donne (età pari o superiore a 29 anni):**

  - PAP test
  - ecografia mammaria

- **Prestazioni previste Uomini (età pari o superiore a 45 anni):**

  - PSA (specifico antigene prostatico)
  - Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni
  - Ecodoppler tronchi sovraortici

4. PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

L’Assicurato deve compilare il questionario presente sul sito www.pmisalute.it e confermare l’invio a RBM Salute che ne effettuerà la valutazione, comunicando l’esito entro 2 giorni a mezzo mail.
La informazioni saranno reperibili anche nell’Area riservata.

Se l’Assicurato si trova in uno stato non conclamato, RBM Salute indica comportamenti e stili di vita da assumere (ad esempio, attività fisica e alimentazione corretta).
Previa autorizzazione dell’Assicurato, RBM Salute effettua delle verifiche in merito all’effettiva applicazione delle indicazioni fornite.
Al fine di monitorare gli indicatori di rischio della Sindrome metabolica, RBM Salute prevede la possibilità per l’Assicurato di svolgere le seguenti prestazioni:
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi.

Tali prestazioni devono essere effettate ogni 6 mesi solo in Assistenza diretta e gli esiti possono essere registrati dall’Assicurato nella propria cartella medica on-line.
Le spese sono a carico dell’Assicurato per il quale è prevista una tariffa agevolata.

Se l’Assicurato si trova in uno stato conclamato, RBM Salute indica un medico specialista.

La garanzia opera solo in Assistenza diretta e le eventuali visite sono a carico dell'Assicurato per il quale è prevista una tariffa agevolata.

5. PREVENZIONE PEDIATRICA

La garanzia opera solo in caso di Nucleo familiare fiscalmente a carico.
RBM Salute copre le spese per:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi di età
- 1 visita ai 4 anni di età
- 1 visita ai 6 anni di età.

6. TRUCK TOUR DELLA PREVENZIONE

6.1. Prestazioni

Nelle zone territoriali con maggior densità di Aziende associate al Fondo, RBM Salute attiva la possibilità per gli Assicurati di effettuare direttamente in Azienda check-up completi, allo scopo di concretizzare la formazione e la prevenzione.
Sono comprese le seguenti prestazioni di screening:

- Dermatologico
- Cardiologico
- Oculistico
- Uditivo.

E) AREA LTC – NON AUTOSUFFICIENZA

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico, che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari o superiore a 40 punti (4 ADL su 6) tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni.

La garanzia opera al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico, in vigenza della copertura.

La somma garantita è erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte di RBM Salute della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza, con le modalità descritte nel successivo punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza".
La verifica, da svolgersi nel più breve tempo possibile, deve esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte di RBM Salute della documentazione completa.
Conclusa la verifica, RBM Salute provvede a comunicarne all'Assicurato l'esito, ovvero:

- riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (almeno 40 punti - 4 ADL su 6): diniego della garanzia
- sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa. Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente, entro il termine indicato RBM Salute provvede a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, successivamente al riconoscimento dell'erogabilità della garanzia, entro il 15 di ottobre di ciascun anno di copertura RBM Salute può richiedere all'Assicurato la trasmissione, entro il 15 novembre, della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa RBM Salute può inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale RBM Salute provvede, in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata, a confermare il punteggio assegnato nell'anno

precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute. Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma Assicurata
RBM Salute, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", eroga all'Assicurato la somma di euro 7.000,00 annui per un numero massimo di tre anni. La predetta somma deve intendersi fruibile finché l'Assicurato sia beneficiario della copertura in questione.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza
Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.
La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito da RBM Salute e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:
1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0
2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5
3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:
1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0
2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5
3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:
1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
(1) andare al bagno
(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:
punteggio 0
2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5
3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:
1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0
2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5
3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:
1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0
2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5
3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:
1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0
2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:
- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere
punteggio 5
3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso RBM Salute si riserva di sottoporre l'Assicurato a 1 visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.
RBM Salute si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

F) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Se il centro convenzionato più vicino si trova ad una distanza superiore a 30 km dal domicilio dell'Assicurato, quest'ultimo può effettuare le prestazioni in una struttura non convenzionata con applicazione delle condizioni dell'Assistenza diretta, previa attivazione della Centrale Operativa.
Tale previsione non si applica all'estero.

1. CURE DENTARIE

1.1 Prestazioni

Possono essere rimborsate le spese per:

- cure odontoiatriche (compresa la paradontologia)
- terapie conservative
- protesi dentarie
- terapie canalari
- trattamento topico con floruri
- chirurgia odontoiatrica (esclusi i Grandi Interventi)
- gnatologia

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.500,00 euro a nucleo, condiviso con le garanzie di cui ai punti 2, 3, 4, 5, 6 del paragrafo "Prestazioni odontoiatriche".

Regimi di erogazione
- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: franchigia fissa di euro 500,00 per ogni fattura e ulteriore scoperto del 30% da calcolare sull'importo liquidabile al netto della predetta franchigia
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi:
Regime rimborsuale
Massimale € 1.500,00
Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00
Franchigia di € 500,00 per ogni fattura ed ulteriore scoperto del 30%
Nessun indennizzo

2. VISITE ODONTOIATRICHE O SEDUTE DI IGIENE ORALE

2.1 Prestazioni

RBM Salute copre le spese per:
- visite odontoiatriche
- igiene orale (ablazione del tartaro)

anche non propedeutiche a:
- cure o terapie dentarie
- applicazione di protesi
- prestazioni ortodontiche.

Alla prima visita odontoiatrica o di igiene orale eseguita in Assistenza diretta, Salute regala, su richiesta dell'Assicurato, uno spazzolino Bluetooth con controllo automatizzato della regolarità di lavaggio, durata periodo di spazzolamento, monitoraggio denti non lavati, modalità multi-user e meccanismo di gaming/rewarding.

Limite massimo indennizzabile in caso di utilizzo del Regime rimborsuale: 45,00 euro a fattura.

2.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.500,00 euro a nucleo, condiviso con le garanzie di cui ai punti 1, 3, 4, 5, 6 del paragrafo "Prestazioni odontoiatriche".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti
- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: nessuno
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

3. CURE ORTODONTICHE E APPARECCHI ORTODONTICI PER ADULTI, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI

3.1 Prestazioni

RBM Salute copre, per gli Assicurati maggior di 18 anni, le spese relative a:
- prestazioni ortodontiche
- applicazione di apparecchi ortodontici

- accertamenti diagnostici odontoiatrici

3.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate:
- 1.500,00 euro a nucleo, condiviso con le garanzie di cui ai punti 1, 2, 4, 5, 6 del paragrafo "Prestazioni odontoiatriche"
- 5.000,00 euro in Assistenza diretta.

Regimi di erogazione

-Assistenza diretta
-Regime rimborsuale
-Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

-Assistenza diretta: nessuno
-Regime rimborsuale: franchigia di euro 500,00 per ogni fattura e ulteriore scoperto del 30% da calcolare sull'importo liquidabile al netto della predetta franchigia
-se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

4. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE D'URGENZA

4.1 Prestazioni

RBM Salute copre intregalmente 1 volta l'anno le spese per:

- visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica
- trattamento di pronto soccorso endodontico, manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione e risoluzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica
- otturazione/ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato (ad esempio con finalità diagnostica, pre-endodontica, protettiva).

4.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.500,00 euro a nucleo, condiviso con le garanzie di cui ai punti 1, 2, 3, 5, 6 del paragrafo "Prestazioni odontoiatriche".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno.

5. VISITE PEDODONTICHE O ABLAZIONE DEL TARTARO

5.1 Prestazioni

RBM Salute copre le spese per:
- visite pedodontiche
- ablazione del tartaro.

Limite massimo indennizzabile in caso di utilizzo del Regime rimborsuale: 45,00 euro a fattura.

5.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.500,00 euro a nucleo, condiviso con le garanzie di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 6 del paragrafo “Prestazioni odontoiatriche”.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: nessuno
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

6. SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

6.1 Prestazioni

RBM Salute copre, per i figli degli Assicurati minori di 18 anni, le spese prestazioni di sigillatura dei denti.
Limite massimo indennizzabile in caso di utilizzo del Regime rimborsuale: 40,00 euro a fattura per persona per singolo dente fino ad un massimo di 2 denti a persona.

6.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.500,00 euro a nucleo, condiviso con le garanzie di cui ai punti 1, 2, 3, 4, 5 del paragrafo “Prestazioni odontoiatriche”.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: nessuno
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

7. CURE ORTODONTICHE E APPARECCHI ORTODONTICI PER FIGLI MINORENNI

7.1 Prestazioni

Sono coperte le spese, per i figli di Assicurati minori di 18 anni, relative a:

- cure ortodontiche
- applicazione di apparecchi ortodontici.

7.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 300,00 euro
Sub-massimali annui
Sub-massimale annuo in Assistenza diretta: 100,00 euro

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: nessuno
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

8. GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

8.1 Prestazioni

RBM Salute copre le spese relative ai Grandi Interventi Chirurgici per:
- osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari, follicolari e adamantinomi
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- innesto di materiale biocompatibile per la ricostruzione di una intera emiarcata, con esclusione di rigenerativa post estrattiva
- scappucciamento osteo-mucoso di dente in inclusione ossea totale
- implantologia post grande intervento chirurgico odontoiatrico e post estrattiva
- grande rialzo del seno mascellare, compreso materiale, esclusi mirialzo e grande rialzo transalveolare

8.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 5.500,00 euro a nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

9. IMPLANTOLOGIA AUTONOMA (STAND ALONE) - COMPRESA MANUTENZIONE IMPIANTI E SOSTITUZIONE CORONE

9.1 Prestazioni

Possono essere rimborsate le spese per implantologia su area edentula.
Un impianto si considera stand alone quando viene eseguito, rispetto all'estrazione dentaria,

- entro 4 mesi
- entro 9 mesi (solo nei casi in cui è necessario attendere per la maturazione dei tessuti dopo rigenerativa tardiva).

Se l'Assicurato ha utilizzato il massimale di cui al punto 8 "Grandi Interventi Chirurgici Odontoiatrici", in caso di implantologia, può attivare la presente garanzia ad integrazione della precedente.

Sono coperti gli interventi di manutenzione su impianti già presenti nel cavo orale dell'Assicurato (ad esempio: sostituzione del perno moncone, corona, ecc.).

È escluso l'inserimento di impianti e di protesi su siti edentuli preesistenti alla sottoscrizione della presente copertura assicurativa.

9.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate:

- Assistenza diretta: 1.100,00 euro a nucleo
- Regime rimborsuale: 300,00 euro a nucleo

Limiti massimi
In caso di Assistenza diretta, RBM Salute copre le spese fino a:

- 400,00 euro per 1 impianto
- 700,00 euro per 2 impianti
- 1.100,00 euro per 3 o più impianti.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: nessuno.

Art. 23. Neonati

L'Assicurazione opera anche:

- per i neonati se la **comunicazione a RBM Salute è fatta entro 30 giorni dalla nascita**
- per le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici, se effettuati entro 2 anni dalla nascita ed entro il limite annuo di 15.000 euro
- con riferimento al *Prima del ricovero* si applica quanto previsto al paragrafo A) 1. "Ricovero con intervento chirurgico effettuato in Istituto di Cura, o Day Hospital", con riduzione a 30 dei giorni di riferimento
- per le spese per la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera durante il periodo di ricovero è previsto un limite giornaliero di € 55,00.

Esempi:
Regime di Assistenza diretta - Garanzia ricoveri
Massimale € 30.000,00
Sub-Massimale Garanzia Neonati € 15.000,00
Costo della prestazione in assistenza diretta € 10.000,00
Prestazione autorizzata € 10.000,00

Art. 24. Estensioni di garanzia

Sono inclusi: malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della polizza.

CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 25. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

1) terapie medico-chirurgiche finalizzate all'estetica (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connesse all'elenco degli interventi)
2) interventi e qualsiasi atto chirurgico finalizzati al trattamento dell'infertilità e/o sterilità maschile e/o femminile e comunque tutti gli atti finalizzati alla fecondazione artificiale
3) ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in Strutture per lunga degenza
4) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza
5) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
6) trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni
7) infortuni e patologie derivanti da apoplessia o affette da epilessia, paralisi, delirio tremens, salvo patto speciale, che deve risultare in polizza
8) infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove ed allenamenti
9) infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato
10) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla Radioterapia
11) conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
12) terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale
13) certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive
14) imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei vhs, dei cd, dei dvd, spese di viaggio
15) emodialisi
16) iniezioni sclerosanti
17) lenti da vista, lenti a contatto e montature
18) medicina legale e medicina del lavoro
19) medicinali non somministrati in degenza
20) prestazioni di medicina generica comprendenti, tra l'altro, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc.
21) medicina omeopatica e/o alternativa
22) ricoveri in Case di Cura dedicate al benessere della persona.

CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 26. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

26.1 Oneri

Denuncia
L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro a RBM Salute non appena possono.
Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo[14].
Se mancano elementi essenziali, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:
Assistenza diretta
- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

Regime rimborsuale
- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:
- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure, in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'infortunio)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario.

Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di RBM Salute, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

Data del Sinistro
- Prestazioni ospedaliere/Interventi chirurgici odontoiatrici: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita
- prestazioni fisioterapiche e odontoiatriche: quella di esecuzione della singola prestazione.

[14] Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie
Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.

Lingua della documentazione
La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

Visite di medici incaricati da RBM Salute
L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da RBM Salute e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.
L'accertamento può essere disposto
- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

Decesso dell'Assicurato
Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede
- i suoi eredi legittimi devono subito avvisare RBM Salute
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:
- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
  - estremi del testamento
  - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
  - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
  - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
  - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
  - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

Tali previsioni non operano relativamente all'indennità sostitutiva che non è trasmissibile agli eredi in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima delle dimissioni.

Uso di medici, odontoiatri e strutture convenzionati
Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi solo in Assistenza diretta**.**
Non è ammesso il Regime rimborsuale.
Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.pmisalute.it o nell'app mobile.

Prestazioni intramoenia
Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa.
Non sono ammesse fatture in acconto.

Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital

I limiti di spesa (per esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).
Nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalla polizza. L'Assicurato è tenuto a restituire a RBM Salute, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa).

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

26.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Sono previste 2 fasi: 1) richiesta del voucher 2) rilascio del voucher.

Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale operativa** (attiva **24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione necessaria.**
Per poter ricevere la prestazione autorizzata, **l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute® e consegnare la prescrizione medica.**

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'emissione del VoucherSalute® per ogni singola prestazione che deve eseguire (comprese le prestazioni odontoiatriche e terapie); non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono
    - **800 99 17 72** da telefono fisso (numero verde)
    - **0422 17 44 209** da cellulare e per chiamate dall'estero.

Dati da fornire alla Centrale operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione o eventuali credenziali fornite da RBM Salute
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico.

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata**.**
    - **non è richiesta** per le prestazioni di prevenzione (sanitaria e odontoiatrica)
    - **è necessaria la prescrizione del medico di base per:** alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
    - prestazioni diverse da quelle sopra indicate (eccetto le cure odontoiatriche): la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione;** se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni**, è necessario il relativo referto**
    - prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, dalle terapie e dalle analisi di laboratorio: per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.
- **copia del certificato di prenotazione del ricovero**, o dell'autorizzazione al ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta
- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
    - **referto del Pronto Soccorso, entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da RBM Salute. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
      Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie); è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra.**
    - se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo**: anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**
    - **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);
- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti, prima della prestazione,** ove previsti dalla polizza, in caso di ricoveri medici, interventi odontoiatrici
- **prestazioni odontoiatriche:** per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:
    - **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan e/o Teleradiografie**
    - **referto dell'esame istologico in caso di asportazione di cisti mascellari, mandibolari, radicolari o biopsie**
    - **certificati di laboratorio**

  come meglio dettagliati nella tabella sotto riportata:

	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti
CONSERVATIVA (ad esempio cavità di 5^ classe di BLACK)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di ricostruzione con ancoraggio vite a perno	Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi solo certificato di laboratorio
CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotesico e asportazione cisti	Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di - asportazione cisti mascellari: anche esame istologico e ortopanoramica post prestazione (ortopanoramica in alternativa a Rx endorale). - estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche fattura dell'anestesista - biopsie: esame istologico post prestazione.
IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)	Radiografie endorali e/o ortopanoramiche e/o Dentalscan		Radiografie endorali e/o ortopanoramiche
PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio
ORTOGNATODONZIA (per es. terapia ortodontica con apparecchiature fisse)	Ortopanoramica, teleradiografia, fotografie intraorali e dei modelli in gesso singoli e in occlusione		Fotografie post prestazione (con apparecchio/bite applicato)
PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di: chirurgia gengivale, chirurgia mucogengivale o abbassamento di fornice, amputazioni radicolari, chirurgia ossea, innesto autogeno o di materiale biocompatibile (prima della sutura), lembo gengivale semplice, lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti mucogengivali, levigatura delle radici e/o courettage gengivale.	Fotografie e/o radiografie endorali endorali e/o ortopanoramiche. In caso di placca di svincolo, anche certificato di laboratorio Placca di svincolo: foto post con apparecchio applicato e certificato laboratorio.
IGIENE ORALE (ablazione del tartaro)			Fotografie intraorali post prestazione
DIAGNOSTICA (per es.radiografia endorale)			Immagine referto che riporti data nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della prestazione

- **certificato** del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti.
  Per la rottura delle lenti/montatura è richiesta anche la foto e la dichiarazione dell'ottico che attesta la rottura delle lenti/montatura già oggetto di indennizzo da parte della copertura.
  Per lo smarrimento/furto degli occhiali è richiesta anche la copia della denuncia emessa dalla competente Autorità Giudiziaria.

- **eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter autorizzare il sinistro.**

Come trasmettere i documenti:
- da portale web o con l'app mobile
- per mail: assistenza.pmisalute@previmedical.it

Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale operativa
- se disponibili nel territorio, **sono individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative** (in caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione entro 30 giorni dal rilascio del voucher**
- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate proposte, o può individuarne una diversa; in quest'ultimo caso la Centrale operativa non garantisce che la prestazione sia eseguita entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®**.**

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura**.**

Esempio: se le prestazioni post ricovero possono essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® è rilasciato il 10 Novembre, il voucher ha validità di 20 giorni per eseguire le prestazioni.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

- **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta,** la Centrale operativa**:**
  - rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa,** dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)
  - se richiede integrazioni alla documentazione sanitaria**, il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
  - invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

Validità e riemissione del VoucherSalute®
Il VoucherSalute® è valido 30 giorni dalla data di emissione.
Se è scaduto da massimo 7 giorni: l'Assicurato può chiederne la riemissione immediata entro 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza tramite la propria Area Riservata o l'app Mobile senza dover allegare di nuovo la documentazione già trasmessa.
Se è scaduto da più di 7 giorni: l'Assicurato deve chiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, allegando di nuovo tutta la documentazione necessaria.

Il VoucherSalute® è rinnovabile dal 20° giorno dalla sua emissione al massimo per altre due volte, quindi con una validità complessiva di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2020; a partire dal 20/03/2020 l'Assicurato che non lo ha ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che ha 30 giorni di validità dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non può più essere utilizzato. È consentita una ulteriore emissione del VoucherSalute®, per una validità di altri 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2020 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di riemissione, non può superare la data del 29/05/2020, per un totale 90 giorni dal 01/03/2020).

Se la riemissione è richiesta prima che siano finiti i 30 giorni di validità (e comunque dal 20° giorno di emissione del voucher), gli eventuali giorni di validità non usufruiti sono persi.
Il voucher non può essere annullato dall'Assicurato. Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullarlo, deve contattare la Centrale operativa.

Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute®.

La preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate non è necessaria nei soli casi di emergenza (→ qui sotto, par. b).

Segnalazione di nuove Strutture

Se hanno interesse per una struttura sanitaria che non è già parte del Network, gli Assicurati possono segnalarla, perché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento.
È sufficiente proporre la candidatura a: ufficio.convenzioni@previmedical.it.

b) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero*)*

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa

- l'Assicurato può chiedere il rilascio del voucher **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero** e **in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- l'Assicurato contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- **il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa** (per mail assistenza.pmisalute@previmedical.it) **allegando** il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

La valutazione finale sulla effettiva esistenza del requisito di gravità rispetto al singolo caso è comunque effettuata dalla Centrale operativa; l'attivazione della procedura d'urgenza è subordinata a tale valutazione.
La procedura d'urgenza non può essere attivata per ricoveri in regime di Assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale operativa.

c) La prenotazione

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione da RBM Salute, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

d) Centrale operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

e) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, franchigie, prestazioni non previste dalle CDA), e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)
- RBM Salute effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di ricovero cartella clinica completa contenente anche la S.D.O., radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico[15],...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: franchigie e scoperti, superamento di massimali).

26.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea**, **b) on line.** In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.

- le prestazioni devono
  - essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni, ad eccezione delle prestazioni odontoiatriche;** se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazion**i, è necessario il relativo referto.**
  - **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**
  - **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**
  - **fatturate** da Istituto di Cura o da Centro Medico**.** La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi.**

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

RBM Salute si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

[15] D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, RBM Salute prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

1. **documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola
2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È necessaria la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
3. **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche** la S.D.O., in caso di Ricovero anche in Day Hospital
4. dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
5. **certificato** del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico[16].
   Per la rottura delle lenti/montatura è richiesta anche la foto e la dichiarazione dell'ottico che attesta la rottura delle lenti/montatura già oggetto di indennizzo da parte della copertura.
   Per lo smarrimento/furto degli occhiali è richiesta anche copia della denuncia emessa dalla competente Autorità Giudiziaria.
   La richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno assicurativo
6. **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti,** in caso di ricoveri medici, interventi odontoiatrici
7. **per trattamenti fisioterapici:**
   i. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
   ii. indicazione del **titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazione

   Le richieste di rimborso devono essere presentate al termine della cura.
8. per le prestazioni dentarie, che devono essere presentate dopo l'avvenuta prestazione:
   - per conservativa endodontica (ad esempio una carie), cure odontoiatriche (per es. splintaggio, molaggio, placca di svincolo) e cure ortodontiche: la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante, e la patologia/diagnosi
   - per le cure ortodontiche (per es. studio del caso ortodontico, visita ortodontica) deve essere indicata anche la relativa Classe scheletrica e/o di Angle
   - per ortognatodonzia (per esempio terapia ortodontica):
     1. per minori: prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, teleradiografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali e di nuova generazione

[16] D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

2. per adulti: prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, il piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, teleradiografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali.

9. in caso di **infortunio** devono essere presentati anche**:**

- **referto del Pronto Soccorso**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da RBM Salute. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
  Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**
- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo**, anche il nominativo e il recapito del terzo. In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, **l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole).

10. eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter liquidare il sinistro.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:
RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata (www.pmisalute.it – Area Riservata – sinistri)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che RBM Salute considera equivalente all'originale. RBM Salute si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.
Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

Restituzione delle somme indebitamente pagate
In Assistenza diretta: se si accerta che la polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione

- RBM Salute ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve
  - restituire a RBM Salute tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
  - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

Sezione III

Capitolo 1 - ComfortSalute®

1) SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Se per infortunio o malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:

- un esperto per un consulto telefonico immediato
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.
Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, per infortunio o malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:

- la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie
- l'équipe medica, all'occorrenza, segnala all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari; l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione, anche per eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed eventualmente individuare le strutture più appropriate, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato **la documentazione clinica.**

c) Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.
Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2) INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO O DI AMBULANZA

Se l'Assicurato ha bisogno di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, può contattare la Centrale operativa che:

- accerta la necessità della prestazione
- invia uno dei medici convenzionati
- organizza il trasferimento nel centro medico idoneo più vicino con ambulanza se i medici convenzionati non possono intervenire.

Le visite domiciliari attivate tramite Centrale operativa sono a carico dell'Assicurato che paga direttamente il medico.

3) TRASFERIMENTO SANITARIO E RIENTRO SANITARIO (ANCHE DALL'ESTERO)

Se per infortunio o malattia l'Assicurato ha bisogno di essere trasportato in ambulanza o auto medica dal proprio domicilio a un istituto di cura o ospedale (o viceversa) o da un istituto di cura a un altro, può chiedere che, nell'ambito delle garanzie ricoveri, il trasporto sia effettuato in forma diretta, gestito quindi dalla Centrale operativa.
In tal caso RBM Salute garantisce la liquidazione dei costi del trasporto fino a 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno).
In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il solo rientro al domicilio, se l'Assicurato si trova ad almeno 50 km dallo stesso.
Non sono coperti i trasporti per terapie continuative.

4) ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Se in seguito a ricovero per infortunio o malattia l'Assicurato ha bisogno di assistenza infermieristica domiciliare, può chiedere che, nell'ambito della garanzia Ricovero, la prestazione sia fornita in forma diretta, gestita quindi dalla Centrale operativa.

5) INVIO MEDICINALI URGENTI AL DOMICILIO

Se l'Assicurato ha bisogno urgente di medicinali regolarmente prescritti e oggettivamente non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale operativa

- ritira la ricetta presso l'Assicurato
- gli consegna i medicinali.

A carico dell'Assicurato resta solo il costo dei medicinali.

6) PROLUNGAMENTO DI SOGGIORNO ALL'ESTERO

Se le condizioni di salute dell'Assicurato, certificate da prescrizione medica scritta, non gli permettono di intraprendere il viaggio di rientro in Italia dall'estero rispetto alla comprovata data predeterminata:

- la Centrale operativa provvede all'eventuale prenotazione di un albergo per prolungare il soggiorno
- sono a carico di RBM Salute le spese per un pernottamento (camera e prima colazione) in un albergo massimo 4 stelle.

È esclusa ogni diversa e ulteriore spesa.

7) RIENTRO ANTICIPATO DALL'ESTERO

Se l'Assicurato deve rientrare dall'estero nella propria residenza in Italia prima della data programmata, a causa della morte o di ricovero ospedaliero con imminente pericolo di vita di coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni

- la Centrale operativa fornisce a proprie spese all'Assicurato un biglietto ferroviario di prima classe o aereo (viaggio in classe economica)
- il rientro anticipato deve essere comprovato da documento che riporti la data di rientro in precedenza programmata
- il decesso o il ricovero del familiare devono essere rispettivamente comprovati da certificato di morte rilasciato dall'anagrafe e da documentazione medica della struttura sanitaria dove è ricoverato il familiare.

Se, a causa del rientro anticipato, l'Assicurato ha dovuto lasciare all'estero il proprio veicolo, la Centrale operativa rende disponibile un ulteriore biglietto ferroviario di prima classe o aereo (viaggio in classe economica) per recuperare il veicolo.

8) RIENTRO DEGLI ALTRI ASSICURATI

Se dopo la prestazione "Rientro Sanitario" (→ punto 3) le persone assicurate che viaggiavano con l'Assicurato non sono oggettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto o utilizzato, la Centrale operativa fornisce loro a spese di RBM Salute un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

9) INVIO DI UN INFERMIERE PER ASSISTENZA DI UN FAMILIARE NON AUTOSUFFICIENTE

Se l'Assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi per malattia o infortunio, la Centrale operativa invia al domicilio dell'Assicurato un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente.

Limite: fino a di 250 euro per il solo onorario, ad evento.

10) ASSISTENZA DI UN INTERPRETE ALL'ESTERO

Se l'Assicurato, mentre si trova all'estero, è ricoverato in Istituto di Cura e ha difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Centrale operativa invia un interprete sul posto.

Limite: fino a 8 ore di assistenza.

11) VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO E SPESE DI SOGGIORNO

Se l'Assicurato è ricoverato in Istituto di cura per più di 10 giorni a seguito di malattia o di infortunio, RBM Salute

- paga un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per un familiare residente in Italia
- copre le spese di soggiorno fino a 150 euro per evento.

12) ACCOMPAGNAMENTO DEI MINORI

Se, per infortunio, malattia o causa di forza maggiore, l'Assicurato si trova all'estero nell'impossibilità di occuparsi dei figli minori di 15 anni assicurati da questa copertura, RBM Salute fornisce a sue spese un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, di andata e ritorno, per permettere a un familiare residente in Italia di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.

Sono escluse le spese di soggiorno del familiare accompagnatore.

13) COLLABORATRICE FAMILIARE

Se l'Assicurato è stato ricoverato in istituto di cura ed è temporaneamente invalido, e quindi non può sbrigare le principali incombenze domestiche, può contattare la Centrale operativa che gli segnala il nome di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

Il costo della collaboratrice familiare è a carico dell'Assicurato**.**

14) CONSULENZA PEDIATRICA

Se l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica pediatrica per i figli assicurati, la Centrale operativa mette a sua disposizione un'équipe di pediatri con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

15) SECOND OPINION

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza in Italia ed all'estero, complementare rispetto a una precedente valutazione medica.

16) CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

Se l'Assicurato si è sottoposto ad accertamenti diagnostici e non può allontanarsi dal proprio domicilio per ritirarli a causa di gravi motivi di salute certificati dal proprio medico di base e nessuno può andare per lui, la Centrale operativa

- recupera presso l'Assicurato la documentazione necessaria per il ritiro
- recapita gli esiti all'Assicurato e al medico da lui indicato.

Il costo degli accertamenti sostenuti è a carico dell'Assicurato.

17) CARD ELETTRONICA (RBM ASSICURAZIONE SALUTE – PREVIMEDICAL)

In caso di prestazioni non previste dal piano sanitario o di massimali esauriti, è a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al Network sanitario.
L'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati che aderiscono al circuito Card si trova sul sito www.previmedical.it o può essere chiesto per telefono alla Centrale Operativa.
La Card è nominativa e si può scaricare dall'app mobile.

18) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

È a disposizione il servizio "Segui la tua pratica", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l'invio di SMS**.
L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso.
Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:
a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso
c) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso
d) eventuale rifiuto della domanda di rimborso perché non indennizzabile.

19) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Sul sito internet

- **Area riservata – CDA. Visualizzare le CDA** (Area riservata – Condizioni di assicurazione, sezione "Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi", inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri).

- **Area riservata – Sinistri.** Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:
  - Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso ("Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi")
  - visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
  - ricercare le strutture convenzionate con il Network
  - consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

App mobile "Citrus"

Con l'app mobile "Citrus®, è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa;
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche;
- pre-attivare le prestazioni in regime di assistenza diretta.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata, alla quale quindi occorre prima iscriversi.

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli[17]:
Art. 9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario
Art. 10 - Altre assicurazioni/coperture
Art. 11 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica
Art. 12 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio
Art. 14 - Forma delle comunicazioni
Art. 19 - Foro competente
Art. 25 - Esclusioni
Art. 26 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa

[17] Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.

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/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
1) Ricovero o Day Hospital con intervento chirurgico Massimale Massimale per trapianto Condizioni: - diretta - rimborso (solo qualora la provincia di residenza/domicilio sia priva di strutture in Network) - ticket	 Allegato 3 30.000,00 euro 60.000,00 euro nessuno scoperti/franchigia nessuno scoperto/franchigia 100%
Pre/post	90 gg / 100 gg
Accompagnatore	Entro il massimale per l'intervento
Trasporto sanitario	Entro il massimale per l'intervento
Indennità sostitutiva per ricovero con intervento	150,00 euro al giorno per 160 giorni
Neonati	Entro 1 anno dalla nascita entro il sub-massimale di 15.000,00 euro per anno
2) Ricovero senza intervento chirurgico Day Hospital con intervento Massimale Sub-massimale* per parto naturale o aborto terapeutico/spontaneo Condizioni: - diretta - rimborso (solo qualora la provincia di residenza/domicilio sia priva di strutture in Network) - ticket	 da elenco 5.000,00 euro 2.000,00 euro nessuno scoperto/franchigia Scoperto 25% 100%
Pre/post	90 gg / 100 gg
Accompagnatore	Entro il massimale per il ricovero
Trasporto sanitario	Entro il massimale per il ricovero
Indennità sostitutiva per ricovero senza intervento	80,00 euro al giorno per 160 giorni

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento"

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1) Alta Specializzazione Massimale Condizioni: - diretta - rimborso (solo qualora la provincia di residenza/domicilio sia priva di strutture in Network) - ticket	 350,00 euro condiviso con "Visite Specialistiche" Franchigia 20,00 euro per prestazione o ciclo di terapie/cure nessuno scoperto/franchigia Franchigia 10,00 euro per prestazione/ciclo di terapie/cure
2) Visite Specialistiche Massimale Condizioni: - diretta - rimborso (solo qualora la provincia di - residenza/domicilio sia priva di strutture in Network) - ticket	 350,00 euro condiviso con "Alta Specializzazione" Franchigia 20,00 euro per prestazione o ciclo di terapie/cure nessuno scoperto/franchigia Franchigia 10,00 euro per prestazione o ciclo di terapie/cure

3) Lenti/occhiali Massimale Contributi aggiuntivi: - per rottura lenti - per furto/smarrimento/rottura montatura	 150,00 euro *una tantum* ogni 2 anni 75,00 euro 55,00 euro
C) TRATTAMENTI RIABILITATIVI PER INFORTUNIO	
Massimale Condizioni: - diretta - rimborso (solo qualora la provincia di residenza/domicilio sia priva di strutture in Network) - ticket	700,00 euro A seguito di interventi rientranti nella garanzia A 1) o a seguito di infortunio certificato da Pronto Soccorso nessuno scoperto/franchigia nessuno scoperto/franchigia 100%
D) PREVENZIONE	
1) Prevenzione odontoiatrica (garanzia valida per il solo titolare) Condizioni: - diretta	1 volta all'anno in unica seduta – 1 visita di prima valutazione e 1 detartrasi nessuno scoperto/franchigia
2) Prevenzione cardiovascolare "Progetto Cuore" (garanzia valida per il solo titolare) Condizioni: - diretta	1 volta ogni 3 anni in unica soluzione – in alternativa alla Prevenzione del Rischio Oncologico nessuno scoperto/franchigia
3) Prevenzione del Rischio Oncologico (garanzia valida per il solo titolare) Condizioni: - diretta	1 volta ogni 3 anni in unica soluzione – in alternativa alla Prevenzione cardiovascolare "Progetto Cuore" nessuno scoperto/franchigia
4) Prevenzione della Sindrome Metabolica Condizioni: - diretta	Cadenza semestrale - colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi nessuno scoperto/franchigia
5) Prevenzione Pediatrica Condizioni: - rimborso	 3 visite specialistiche pediatriche di controllo per minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni: • 1 visita tra 6 mesi e 12 mesi • 1 visita ai 4 anni 1 visita ai 6 anni nessuno scoperto/franchigia
E) AREA LTC – NON AUTOSUFFICIENZA	
LTC – Non autosufficienza (garanzia valida per il solo titolare) Massimale	 7.000,00 euro per un massimo di 3 anni
F) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
1) Cure dentarie Massimale Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	 1.500,00 euro condiviso con la garanzia F) punti 2,3,4,5,6 nessuno scoperto/franchigia Franchigia 500,00 euro per fattura ed ulteriore scoperto del 30% 100%
2) Visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale Massimale Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	 1.500,00 euro condiviso con la garanzia F) punti 1,3,4,5,6 nessuno scoperto/franchigia Massimo 45,00 euro per fattura 100%
3) Cure ortodontiche ed apparecchi ortodontici per adulti ed accertamenti diagnostici odontoiatrici Massimale	 1.500,00 euro condiviso con la garanzia F) punti 1,

	2,4,5,6 5.000,00 euro in Assistenza diretta
Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	 nessuno scoperto/franchigia Franchigia 500,00 euro per fattura ed ulteriore scoperto del 30% 100%
4) Prestazioni odontoiatriche d'urgenza Massimale Condizioni: - diretta	 1.500,00 euro condiviso con la garanzia F) punti 1, 2, 3,5,6 nessuno scoperto/franchigia
5) Visite pedodontiche e/o ablazione del tartaro Massimale Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	 1.500,00 euro condiviso con la garanzia F) punti 1, 2,3,4,6 nessuno scoperto/franchigia Massimo 45,00 euro per fattura 100%
6) Sigillatura denti figli minorenni Massimale Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	 1.500,00 euro condiviso con la garanzia F) punti 1, 2,3,4,5 nessuno scoperto/franchigia Massimo 40,00 euro per singolo dente, per un massimo di due denti a persona 100%
7) Cure ortodontiche e apparecchi ortodontici per figli minorenni Massimale Sub-massimale Condizioni: - diretta - rimborso - ticket	 300,00 euro per figli minorenni appartenenti al nucleo 100,00 euro per figli minorenni appartenenti al nucleo in caso di utilizzo di Strutture e Medici non convenzionati nessuno scoperto/franchigia nessuno scoperto/franchigia 100%
8) Grandi interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero sia ambulatoriale) Massimale Condizioni: - diretta - ticket	 5.500,00 euro nessuno scoperto/franchigia 100%
9) Implantologia autonoma (comprese manutenzione impianti e sostituzione corone) Massimale Condizioni: - diretta - rimborso	 1.100,00 euro Massimo 400,00 per un impianto, 700,00 euro per due impianti e 1.100,00 euro per tre o più impianti nessuno scoperto/franchigia
ComfortSalute®	Previsto

ALLEGATO 2

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

RBM Assicurazione Salute S.p.A. in conformità all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in qualità di titolare del trattamento dei dati, La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui diritti che Lei potrà esercitare (ai sensi del Capo III del GDPR).

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 che La riguardano, anche sensibili **(1)**, al fine di fornire i servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge**(2)**,– non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi; pertanto il consenso prestato a tale fine risulta obbligatorio.

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali

In caso di Suo esplicito consenso, i Suoi dati potranno essere utilizzati al fine di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto sulla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

2 Modalità di trattamento e conservazione

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti**(3)**, sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, in maniera da garantire un adeguato livello di sicurezza, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo.

I Suoi 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, a soggetti che fanno parte della c.d. catena assicurativa**(4)**.

I Suoi 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.

Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 1 a), i dati personali verranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e comunque nel rispetto della vigente normativa.

Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 1 b), i dati personali verranno conservati nel rispetto della vigente normativa o fintantoché l'Interessato non avrà esercitato il proprio diritto di opposizione o revocato il proprio consenso.

Registrazione delle telefonate

La informiamo che le telefonate al Call center potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate avverrà a mezzo di un sistema automatizzato. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato e potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato.

Cookies

Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito web della Società. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

3 Comunicazione dei dati personali

I Suoi dati possono essere comunicati ad altri soggetti con funzioni di natura tecnica organizzativa e operativa che fanno parte della c.d. catena assicurativa**(4)**, eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, anche in Paesi dell'Unione Europea, o anche fuori della Unione Europea. Tali soggetti tratteranno i Suoi dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in qualità di autonomi Titolari.

FAC-SIMILE

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

4 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).

5 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.

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo 1 a):

Luogo e data		Contraente/Assicurato **(leggibili)**	Firma **(in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)**
_____	____	_____	_____
_____	____	_____	_____
_____	____	_____	_____
_____	____	_____	_____
_____	____	_____	_____

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità promozionali, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo 1 b):

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

Luogo e data		Contraente/Assicurato **(leggibili)**	Firma **(in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)**
_____	____	_____	_____
_____	____	_____	_____
_____	____	_____	_____
_____	____	_____	_____
_____	____	_____	_____

FAC-SIMILE

Note

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

2) Ad esempio per disposizioni di IVASS, Garante Privacy, adempimenti in materia di accertamenti fiscali.

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 soggetti costituenti la cosiddetta “*catena assicurativa*”: 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 convenzionali 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).

FAC-SIMILE

Allegato 3: Elenco Interventi Chirurgici

E L E N C O I N T E R V E N T I C H I R U R G I C I	
	MASSIMALE
Cardiochirurgia e chirurgia toracica	
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€ 30.000,00
Fistole arterovenose polmonari	€ 30.000,00
Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	€ 30.000,00
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€ 30.000,00
Trapianto cardiaco	€ 60.000,00
Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti complessi o complicati	€ 30.000,00
Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti singoli non complicati	€ 30.000,00
Tutti gli interventi: a cuore chiuso	€ 30.000,00
Collo	
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	€ 30.000,00
Tiroidectomia totale (chirurgica o con radioiodio terapia)	€ 30.000,00
Esofago	
Interventi con esofagoplastica	€ 30.000,00
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 30.000,00
Fegato	
Deconnessione azigos-portale pervia addominale	€ 30.000,00
Derivazioni biliodigestive	€ 30.000,00
Drenaggio di ascesso epatico	€ 30.000,00
Epatotomia e coledocotomia	€ 30.000,00
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 30.000,00
Interventi per echinococcosi	€ 30.000,00

Interventi sulla papilla di Water	€ 30.000,00
Papillotomia per via transduodenale	€ 30.000,00
Reinterventi sulle vie biliari	€ 30.000,00
Resezioni epatiche	€ 30.000,00
Trapianto di fegato	€ 60.000,00
Interventi su polmone – bronchi – trachea	
Interventi per ferite del polmone	€ 30.000,00
Interventi per fistole bronchiali	€ 30.000,00
Pleuropneumectomia	€ 30.000,00
Pneumectomia	€ 30.000,00
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 30.000,00
Resezioni segmentane e lobectomia	€ 30.000,00
Timectomia per via toracica	€ 30.000,00
Trapianto di polmone	€ 60.000,00
Tumori della trachea	€ 30.000,00
Interventi sul mediastino	
Interventi per tumori	€ 30.000,00
Interventi sul sistema nervoso simpatico	
Simpaticectomia cervico-toracica	€ 30.000,00
Simpaticectomia lombare	€ 30.000,00
Intestino	
Colectomia totale	€ 30.000,00
Colectomie parziali	€ 30.000,00
Nervi periferici	
Anastomosi extracranica di nervi cranici	€ 30.000,00
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 30.000,00
Interventi sul plesso brachiale	€ 30.000,00

Neurochirurgia	
Anastomosi dei vasi extra-intracranici	€ 30.000,00
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 30.000,00
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 30.000,00
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 30.000,00
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 30.000,00
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitane, ecc)	€ 30.000,00
Asportazione tumori dell'orbita	€ 30.000,00
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€ 30.000,00
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	€ 30.000,00
Cordotomia e mielotomia per cutanea	€ 30.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€ 30.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€ 30.000,00
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€ 30.000,00
Emisferectomia	€ 30.000,00
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	€ 30.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	€ 30.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	€ 30.000,00
Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	€ 30.000,00
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 30.000,00
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 30.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 30.000,00

Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 30.000,00
Intervento per craniostenosi	€ 30.000,00
Intervento per encefalomeningocele	€ 30.000,00
Intervento per epilessia focale e callosotomia	€ 30.000,00
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	€ 30.000,00
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	€ 30.000,00
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 30.000,00
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 30.000,00
Radiochirurgia gammaknife	€ 30.000,00
Radiochirurgia stereotassica	€ 30.000,00
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 30.000,00
Spondilolistesi	€ 30.000,00
Talamotomia, pallidotomia, stimolazione cerebrale profonda (DBS – deep brain stimulation, in due tempi)	€ 30.000,00
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	€ 30.000,00
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	€ 30.000,00
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	€ 30.000,00
Pancreas - Milza	
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 30.000,00
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 30.000,00
Interventi per pancreatite acuta	€ 30.000,00
Interventi per pancreatite cronica	€ 30.000,00
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreatica	€ 30.000,00

Splenectomia	€ 30.000,00
Peritoneo	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 30.000,00
Retto – Ano	
Interventi per neoplasie del retto - ano	€ 30.000,00
Operazione per megacolon	€ 30.000,00
Proctocolectomia totale	€ 30.000,00
se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 30.000,00
Stomaco, duodeno	
Cardioplastica	€ 30.000,00
Gastroectomia se allargata	€ 30.000,00
Gastroectomia totale	€ 30.000,00
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 30.000,00
Mega-esofago e esofagite da reflusso	€ 30.000,00
Resezione gastrica	€ 30.000,00
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria	€ 30.000,00
Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	€ 30.000,00
Torace – parete toracica	
Correzioni di malformazioni parietali	€ 30.000,00
Resezione costali	€ 30.000,00
Toracotomia esplorativa	€ 30.000,00
Osteosintesi	
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€ 30.000,00
Plastiche per paralisi facciali: Dinamica	€ 30.000,00
Push-bach e faringoplastica	€ 30.000,00
Frattura del IH superiore della faccia (NEF): con scalpo	€ 30.000,00

Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€ 30.000,00
Arti	
Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)	€ 30.000,00
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 30.000,00
Ricostruzione del pollice	€ 30.000,00
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 30.000,00
Cranio – faccia e collo	
Cranioplastica	€ 30.000,00
Gravi e vaste mutuazioni del viso	€ 30.000,00
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 30.000,00
Labioschisi bilaterale	€ 30.000,00
Palatoschisi totale	€ 30.000,00
Ricostruzione della emimandibola	€ 30.000,00
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 30.000,00
Riduzione frattura orbitarla	€ 30.000,00
Torace e addome	
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 30.000,00
Malformazione della gabbia toracica	€ 30.000,00
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 30.000,00
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 30.000,00
Ricostruzione vaginale	€ 30.000,00
Chirurgia vascolare	
Anastomosi mesenterica-cava	€ 30.000,00
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 30.000,00
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 30.000,00
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 30.000,00

Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	€ 30.000,00
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 30.000,00
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 30.000,00
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 30.000,00
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	€ 30.000,00
Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 30.000,00
Interventi per innesti di vasi	€ 30.000,00
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 30.000,00
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 30.000,00
Legatura vena cava inferiore	€ 30.000,00
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 30.000,00
Sutura arterie periferiche	€ 30.000,00
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 30.000,00
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti	€ 30.000,00
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 30.000,00
Trombectomia venosa periferica cava	€ 30.000,00
Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 30.000,00
Ginecologia	
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	€ 30.000,00
Miomectomia e I o ricostruzione plastica dell'utero	€ 30.000,00
Collo	
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 30.000,00

Asportazione di fistole congenite	€ 30.000,00
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€ 30.000,00
Esofagotomia cervicale	€ 30.000,00
Legatura di grossi vasi	€ 30.000,00
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 30.000,00
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€ 30.000,00
Laringe	
Cordectomia per via tirotomica	€ 30.000,00
Interventi per paralisi degli abduttori	€ 30.000,00
Laringectomia parziale	€ 30.000,00
Laringectomia ricostruttiva	€ 30.000,00
Laringectomia sopraglottica	€ 30.000,00
Laringectomia totale	€ 30.000,00
Laringofarigectomia	€ 30.000,00
Bulbo oculare	
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 30.000,00
Orbita	
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	€ 30.000,00
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 30.000,00
Odontocheratoprotesi	€ 30.000,00
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero)	€ 60.000,00
Ortopedia e Traumatologia	
Artroprotesi di anca	€ 30.000,00
Artroprotesi di ginocchio	€ 30.000,00
Artroprotesi di gomito	€ 30.000,00

Emipelvectomia	€ 30.000,00
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 30.000,00
Protesi totale per displasia d'anca	€ 30.000,00
Ostetricia	
Laparotomia per gravidanza extrauterina	€ 30.000,00
Cavo orale e faringe	
Idem, con svuotamento latero-cervicale	€ 30.000,00
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari.	€ 30.000,00
Tumori parafaringei	€ 30.000,00
Ghiandole salivari	
Asportazione della parotide	€ 30.000,00
Parotidectomia totale con preparazione del facciale	€ 30.000,00
Orecchio esterno	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 30.000,00
Orecchio medio ed interno	
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 30.000,00
Apertura di ascesso cerebrale	€ 30.000,00
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 30.000,00
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 30.000,00
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 30.000,00
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 30.000,00
Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 30.000,00
Distruzione del labirinto	€ 30.000,00
Neurinoma dellVIII paio	€ 30.000,00
Sezione del nervo coclearie	€ 30.000,00
Sezione del nervo vestibolare	€ 30.000,00

Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 30.000,00
Trattamento delle petrositi suppurate	€ 30.000,00
Apparato genitale maschile	
Amputazione totale del pene	€ 30.000,00
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 30.000,00
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	€ 30.000,00
Orchidopessi bilaterale	€ 30.000,00
Orchiectomia allargata per tumore	€ 30.000,00
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 30.000,00
Rene	
Endopielolitotomia per stenosi del giunto piero-uretale	€ 30.000,00
Lombotomia per ascessi pararenali	€ 30.000,00
Nefrectomia allargata per tumore	€ 30.000,00
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 30.000,00
Nefrectomia parziale	€ 30.000,00
Nefrectomia semplice	€ 30.000,00
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 30.000,00
Nefroureterectomia totale	€ 30.000,00
Pielotomia	€ 30.000,00
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 30.000,00
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 30.000,00
Trapianto renale	€ 60.000,00
Surrene	
Surrenalectomia	€ 30.000,00
Uretere	
Sigmoidostomia	€ 30.000,00

Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 30.000,00
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 30.000,00
Ureterocistoneostomia con psoizzazione vescicole	€ 30.000,00
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 30.000,00
Ureteroplastica	€ 30.000,00
Ureterosimoidostomia uni- o bilaterale	€ 30.000,00
Uretra	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 30.000,00
Uretrectomia	€ 30.000,00
Vescica	
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder	€ 30.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale	€ 30.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileouretroanastomosi	€ 30.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureterosingmoidostomia	€ 30.000,00
Diverticolectomia con U.C.N.	€ 30.000,00
Emitrigonectomia	€ 30.000,00
Ileo bladder	€ 30.000,00
Ileo e\o coloncistoplastiche	€ 30.000,00
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 30.000,00
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 30.000,00
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 30.000,00
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 30.000,00
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 30.000,00

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).