

## Copertura Sanitaria ASSIDAI FONDO DI ASSISTENZA PER I DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI

per SOGEI S.p.A.

Contratto di Assicurazione per il rimborso  
delle spese mediche da malattia e da infortunio

**Il presente Fascicolo Informativo, contenente:**

- a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione**

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la  
Nota Informativa**

Edizione 07/02/2013

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

## SOMMARIO

Nota Informativa:

- 
- Glossario
- 

Condizione di Assicurazione comprensive di:

---

- SEZIONE I

---

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

- ALLEGATI

---

- 1) Elenco Gravi Eventi Morbosi
  - 2) Elenco grandi interventi chirurgici
  - 3) Guida alle prestazioni sanitarie - Regime di assistenza diretta, mista e regime rimborsuale
  - 4) Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)
- 

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

## NOTA INFORMATIVA

**La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.  
Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.**

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### **1. Informazioni generali**

RBM Salute S.p.A. ha sede legale e direzione generale in Italia, via Forlanini, 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) recapito telefonico 0422-1745111 e sede secondaria via Nino Bixio, 31 – 20129 Milano recapito telefonico: 02-91431789 ed è 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. 2/11/2007 n. 255).

Sito internet: [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it), indirizzo di posta elettronica: [info@rbmsalute.it](mailto:info@rbmsalute.it).

#### **2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa<sup>1</sup>**

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2011

Patrimonio netto:	€ 22.906.064,00
di cui - capitale sociale:	€ 2.500.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 16.581.862,00
Indice di solvibilità <sup>2</sup> :	274%

### B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha una durata di 3 anni a partire dalle ore 00.00 del giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio (vedi - art. 1 delle Norme che regolano la convenzione e art. 9 delle CGA).

È data facoltà alle Parti di disdettare il Piano di Assistenza Sanitaria di Gruppo al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare con almeno 120 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità (vedi - art. 9 delle CGA).

#### **3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni**

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per Ospedaliero (Ricoveri, ecc.) ed Extraospedaliero, ossia Alta Specializzazione (Alta Diagnostica e Diagnostica Strumentale Standard), Cure Domiciliari/Ambulatoriali, Cure Dentarie, Lenti, (vedi art. 12 delle CGA).

In caso di ricovero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura prevede il pagamento di un'indennità prestabilita per ogni giorno di ricovero (vedi punto 12/E dell'art. 12 delle CGA).

La copertura prevede Piani Aggiuntivi (vedi art. 12.2 art. 12.3 art. 12.4 delle CGA)

<sup>1</sup> I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato

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

Avvertenza: la copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza (vedi art. 13 delle CGA), prevede esclusioni (vedi art. 14 delle CGA) e cause di non assicurabilità (vedi art. 15 delle CGA).

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo per il totale degli indennizzi di ogni garanzia (vedi art. 12 delle CGA). Ad esempio, il massimale della garanzia "Cure Domiciliari/Ambulatoriali" fosse di € 2.000,00 per nucleo familiare, il totale degli indennizzi in un anno non potrà superare tale importo.

Avvertenza: La copertura prevede franchigie e scoperti (vedi art. 12 delle CGA). Ad esempio:

- a) la garanzia Ospedaliere prevede, per ricoveri in clinica privata non convenzionate ed equipe non convenzionate a rimborso, una franchigia fissa di € 800,00:  
Pertanto a fronte di una spesa per Prestazioni Ospedaliere di Euro 10.000 complessivi, con struttura non convenzionata verranno riconosciuti Euro 9.200 complessivi.
- b) la garanzia Ospedaliere prevede, per ricoveri in clinica privata convenzionata ed equipe convenzionate con pagamento diretto, il rimborso delle spese al 100%

Avvertenza: sono previsti limiti massimi di età assicurabile (vedi art. 14 delle CGA).

#### **4. Periodi di carenza contrattuali**

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

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

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

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

#### **6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione**

L'assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Ad esempio, in caso di trasferimento della residenza si può verificare un aggravamento del rischio che va comunicato (vedi art. 5 delle CGA).

#### **7. Premi**

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

Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, dovrà essere corrisposto in rate sub-annuali secondo quanto riportato sul certificato di polizza.

#### **8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate**

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

#### **9. Diritto di recesso**

Avvertenza: Il Contraente ha sempre la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri, mediante lettera raccomandata spedita almeno 120 giorni prima della scadenza annuale della polizza (vedi art. 9 delle CGA).

#### **10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto** (art. 2952 del codice civile)

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.  
Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

### **11. Legge applicabile al contratto**

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

### **12. Regime fiscale**

Il premi sono sottoposti a tassa del 2,50%.  
Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

## **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

### **13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo**

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

Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società non appena l'assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità; la Compagnia può richiedere che l'assicurato sia visitato da un proprio fiduciario (vedi art. 17 delle CGA)

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza rimborsuale e mista è indicata in apposita Guida (vedi allegato n. 3 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA, MISTA E REGIME RIMBORSUALE").

### **14. Assistenza diretta - Convenzioni**

Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati (vedi art. 16 delle CGA). Per ricevere le prestazioni in tale regime di assistenza, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere l'autorizzazione.

Avvertenza: In caso di prestazione mista ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società provvederà alla liquidazione degli onorari dei medici non convenzionati con applicazioni di scoperti e franchigie previste nella forma rimborsuale.

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta è indicata in apposita Guida (vedi Allegato n. 4 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA, MISTA E REGIME RIMBORSUALE").

Si rinvia al sito [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) per l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

### **15. Reclami**

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. – Ufficio Gestione Reclami – Via Nino Bixio 31 - 20129 Milano, oppure via telefax al numero 02-91431702, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: [reclami@rbmsalute.it](mailto:reclami@rbmsalute.it).

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo) – Servizio Tutela Utenti - Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma oppure inviare fax ai numeri 06-42133745 o 06-42133353, corredando l'esposto con la seguente documentazione:

- nome, cognome ed indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;

- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

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

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

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

#### **16. Arbitrato**

Avvertenza: pur essendo prevista la possibilità di ricorrere ad un arbitrato (vedi art. 7 delle CGA) è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria e/o agli Organismi di Mediazione accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'assicurato.

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



---

Roberto Favaretto  
Presidente  
RBM Salute S.p.A.

**Il rappresentante legale**

## GLOSSARIO

<b>ASSOCIATO:</b>	SOGEI S.p.A.
<b>ASSISTITO:</b>	Il soggetto il cui interesse è protetto dalla presente Polizza
<b>AGGIUDICATARIO:</b>	L'Ente Assistenziale/Compagnia di Assicurazione selezionato/selezionati all'esito della <i>"procedura aperta per l'affidamento del servizio avente per oggetto il Piano Base di Assistenza Sanitaria per il personale non dirigente della Sogei – Gara SD1206"</i> .
<b>ENTE ASSISTENZIALE:</b>	ASSIDAI - Il soggetto abilitato a norma di legge a ricevere contributi ed assumere la contraenza della presente polizza ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.
<b>POLIZZA:</b>	Il presente contratto che norma le prestazioni sanitarie erogate ai dipendenti dell'Associato e a favore dei familiari di cui all'art.12.
<b>DIFETTO FISICO:</b>	Deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
<b>EVENTO:</b>	Il ricovero, anche in regime di degenza diurna (Day Hospital/Surgery), o l'intervento chirurgico ambulatoriale. Per le prestazioni sanitarie che non comportano ricovero, le spese sostenute in relazione ad una stessa diagnosi.
<b>MASSIMALE PER NUCLEO FAMILIARE:</b>	La spesa massima riconosciuta/rimborsata per l'intero nucleo familiare, per una o più malattie e/o infortuni.
<b>FRANCHIGIA:</b>	La parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito.
<b>SCOPERTO:</b>	La parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito.
<b>MALATTIA:</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
<b>MALFORMAZIONE:</b>	Deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.



- PATOLOGIA DI TIPO ONCOLOGICO:** Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il mieloma, il morbo di Hodgking, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
- INFORTUNIO:** Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obbiettivamente constatabili.
- RICOVERO:** La degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura.
- ISTITUTO DI CURA:** Ospedale, clinica, istituto universitario, case di cura convenzionate con l'Assistenza Sociale e/o private, regolarmente autorizzate al ricovero (anche in regime di degenza diurna) dei malati, con esclusione degli stabilimenti termali, delle Case di convalescenza e soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
- CENTRO CONVENZIONATO:** Istituto di cura poliambulatorio, centro specialistico con cui l'Aggiudicatario ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.
- DAY HOSPITAL / DAY SURGERY:** La degenza in Istituto di cura in regime esclusivamente diurno, con rilascio di apposita cartella clinica / scheda di dimissione contenente tutti gli elementi relativi all'intervento o alle terapie eseguite.
- INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE:** L'intervento di chirurgia, effettuato senza ricovero, comportante o meno sutura, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.
- ASSISTENZA INFERMIERISTICA:** l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.
- VISITA SPECIALISTICA:** la visita effettuata da medico fornito di specializzazione.



# Convenzione Rimborso Spese Mediche da Malattia e da Infortunio

## Condizioni di Assicurazione

## Sezione I

### CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

#### PREMESSA

L'Aggiudicatario si impegna, ad erogare agli Assistiti le prestazioni di cui alla presente polizza. Dette prestazioni verranno rese per il tramite dell'Ente assistenziale ASSIDAI, iscritto all'Anagrafe dei Fondi Integrativi sanitari di cui al Decreto del Ministero del Lavoro del 27.10.2009, idoneo ad assumere la contraenza del Piano di Assistenza Sanitaria di Gruppo.

#### Art. 1 - Decorrenza e attivazione delle prestazioni sanitarie e pagamento dei contributi

L'Assistenza per i dipendenti avrà effetto in forma rimborsuale dalle ore 00.00 del 01.01.2013, e in forma diretta nei Centri convenzionati con l'Aggiudicatario dal giorno successivo a quello in cui perverrà all'Ente assistenziale il file contenente l'elenco degli Assistiti con i relativi dati anagrafici, che dovrà essere inviato all'Ente assistenziale entro e non oltre il 15.02.2013.

L'Associato è tenuto a pagare all'Ente assistenziale, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del presente

Disciplinare, i contributi riportati nel successivo

art. 2.

In deroga all'art. 1901 del Codice Civile, l'Associato è tenuto al pagamento del contributo annuale anticipato relativo alla prima annualità e dei contributi successivi entro 60 giorni dal ricevimento dell'atto contabile emesso dall'Ente assistenziale riportante l'elenco degli Assistiti. Trascorso tale termine, l'assistenza resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

#### Art. 2 - Contributi

Per il complesso delle prestazioni oggetto della presente polizza i corrispettivi annui lordi (comprensivi degli eventuali premi e connessi oneri fiscali da versare all'Assicurazione) saranno versati all'Ente Assistenziale i seguenti importi:

##### Art. 2.1 Piano Base:

1.1 per ogni dipendente SOGEI S.p.A., con onere a carico dell'Azienda: € 795,00;

2.1 per il nucleo fiscalmente a carico, come indicato nel successivo art. 3 "Assistiti", con onere a carico del dipendente: € 200,00;

3.1 per ogni familiare non fiscalmente a carico, come indicato nel successivo art. 3 "Assistiti", con onere a carico del dipendente: € 300,00;

##### Art. 2.2 Piano Integrativo 1:

1.2 per ogni dipendente SOGEI S.p.A., con onere a carico del dipendente: € 589,00;

2.2 per il nucleo fiscalmente a carico, come indicato nel successivo art. 3 "Assistiti", con onere a carico del dipendente: € 945,00;

3.2 per ogni familiare non fiscalmente a carico, come indicato nel successivo art. 3 "Assistiti", con onere a carico del dipendente: € 531,00;

##### Art. 2.3 Piano Integrativo 2:

1.3 per ogni dipendente SOGEI S.p.A., con onere a carico del dipendente: € 701,00;

2.3 per il nucleo fiscalmente a carico, come indicato nel successivo art. 3 “Assistiti”, con onere a carico del dipendente: € 1.083,00;

3.3 per ogni familiare non fiscalmente a carico, come indicato nel successivo art. 3 “Assistiti”, con onere a carico del dipendente: € 610,00;

**Art. 2.4 Piano Integrativo 3:**

1.4 per ogni dipendente SOGEI S.p.A., con onere a carico del dipendente: € 756,00;

2.4 per il nucleo fiscalmente a carico, come indicato nel successivo art. 3 “Assistiti”, con onere a carico del dipendente: € 1.151,00;

3.4 per ogni familiare non fiscalmente a carico, come indicato nel successivo art. 3 “Assistiti”, con onere a carico del dipendente: € 651,00;

Le inclusioni/variazioni del nucleo familiare sono così regolamentate:

- se avvenute nel primo semestre dell’anno, comporteranno la corresponsione dell’intero contributo annuo;
- se avvenute nel secondo semestre dell’anno, comporteranno la corresponsione del 50% del contributo annuo.

Il Contributo che SOGEI S.p.A. corrisponde all’Ente assistenziale non costituisce reddito per il dipendente e quindi non viene assoggettato a trattenute previdenziali e fiscali.

Il Contributo annuale anticipato si intende determinato sul numero degli Assistiti (dipendenti SOGEI, familiari componenti il nucleo fiscalmente a carico e familiari non fiscalmente a carico) comunicati all’Ente assistenziale entro il 15.02.2013.

**ART. 3 - Assistiti**

Il Piano di assistenza Sanitaria di gruppo è prestato a favore dei dipendenti in forza presso la SOGEI S.p.A. in data 01.01.2013 e può essere esteso, con versamento del relativo contributo a carico del dipendente, a favore:

- a) del coniuge fiscalmente a carico, purché convivente (risultante dallo stato di famiglia);
- b) del convivente “more uxorio” fiscalmente a carico (risultante dallo stato di famiglia);
- c) dei figli, fiscalmente a carico, anche se non conviventi. Per “Figli” si intendono: figli adottivi, legittimi, legittimati, in affido pre-adottivo, naturali riconosciuti legalmente e/o giudizialmente. Rientrano altresì nella nozione di “Figli a carico” anche i figli di età fino ai 30 anni non produttori di reddito anche se non conviventi. La copertura resta operante anche per i figli di età superiore a 30 anni, se invalidi al 100%;
- d) del coniuge (o convivente “more uxorio”) e figli superstiti già fiscalmente a carico del dipendente deceduto in corso di copertura.
- e) al coniuge (o convivente “more uxorio”) e ai figli non fiscalmente a carico purché conviventi (risultanti dallo stato di famiglia);
- f) agli ex-dipendenti pensionati dal 01.01.2013 (età massima 75 anni) e al coniuge (o convivente “more uxorio”) anche non fiscalmente a carico e ai figli solo se fiscalmente a carico;

Nel caso di coniugi entrambi dipendenti della Sogei S.p.A, i figli fiscalmente a carico possono essere compresi nella garanzia del nucleo di un solo genitore.

La garanzia è prestata a favore di tutti gli Assistiti, indipendentemente dalle loro condizioni fisiche.

**ART. 4 – Regolamentazione delle adesioni/variazioni/esclusioni**

L’Associato è tenuto a comunicare all’Ente assistenziale tutte le variazioni del numero delle persone assistite, anche a mezzo di posta elettronica, due volte l’anno:

- per le inclusioni/variazioni/esclusioni con effetto dalla ore 00.00 del 01/01, l'Associato si impegna ad inviare l'elenco entro il 15/12 ed a corrispondere i relativi contributi entro 60 giorni dalla richiesta dell'Ente assistenziale.

- per le inclusioni/variazioni con effetto dalle ore 00.00 del 01/07, l'Associato si impegna ad inviare l'elenco entro il 15/06 ed a corrispondere i relativi contributi entro 60 giorni dalla richiesta dell'Ente assistenziale.

I seguenti soggetti potranno entrare in copertura anche nel corso dell'anno:

1. il neo-coniuge/neo-convivente "more uxorio": la copertura avrà effetto dalla data del matrimonio/dall'insorgere della convivenza;
2. il neonato figlio legittimo o naturale: la copertura avrà effetto dalla data del parto, fermo restando che la copertura è in questo caso operante non solo dal momento della nascita ma anche per interventi e terapie sul nascituro;
3. i figli adottivi o in affidato pre-adottivo: dalla data del provvedimento dell'Autorità competente che ha stabilito l'affido o l'adozione.

In questi casi il Dipendente/Associato deve dare comunicazione scritta all'Ente assistenziale, entro 60 giorni dal matrimonio/convivenza, nascita/adozione.

Superato tale termine, la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno del ricevimento della suddetta comunicazione.

Eventuali esclusioni del nucleo familiare o variazioni comportanti esclusione di familiare fiscalmente a carico e/o familiare non fiscalmente a carico avvenute in corso d'anno, non daranno luogo a rimborso del contributo che si considera pertanto acquisito dall'Ente assistenziale.

## **ART. 5 – Altre Assicurazioni/Assistenze e Forma delle comunicazioni**

### **5.1 – Altre Assicurazioni/Assistenze**

L'Associato e l'Assistito è esonerato dal dichiarare all'Ente assistenziale l'eventuale esistenza di altre assistenze/polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assistito di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art.1910 c.c..

### **5.2 – Forma delle comunicazioni**

Il Contraente e la Società prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza

## **ART. 6 – Foro competente**

In caso di controversie il foro competente è quello di Roma.

## **ART. 7 - Controversie**

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo, nonché sulla misura dei rimborsi, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo - a norma e nei limiti delle condizioni della presente Polizza- ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

## **ART. 8 - Modifiche del Piano di Assistenza**

Le eventuali modifiche del Piano di Assistenza di cui alla presente polizza devono essere provate per iscritto.

La scelta del dipendente di aderire ad uno dei Piani Integrativi è vincolante dal momento dell'adesione sino alla fine del contratto assicurativo. Non sarà pertanto possibile rinunciare alla copertura mentre sarà possibile scegliere di aderire ad uno dei Piani Integrativi in un momento successivo.

#### **ART. 9 – Durata del Piano di Assistenza sanitaria di gruppo e Cessazione anticipata**

Il Piano di Assistenza sanitaria di gruppo decorre dal 1° gennaio 2013 e scade il 1° gennaio 2016.

È data facoltà alle Parti di disdettare il Piano di Assistenza Sanitaria di Gruppo al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare con almeno 120 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità.

Sono comprese tutte le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di cessazione anticipata del Piano di Assistenza sanitaria che siano iniziate anteriormente.

È facoltà dell'Associato richiedere la ripetizione del servizio, ai sensi dell'art. 57 comma 5, lettera b), del D.Lgs. 163/2006 s.m.i. per altri 36 (trentasei) mesi.

#### **ART. 10 - Rinvio alle norme di legge**

Per tutto quanto non regolato della presente polizza valgono le norme di legge.

#### **ART. 11 - Estensione territoriale**

Il Piano di Assistenza è operante nel mondo intero.

### **DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE**

#### **ART. 12 - Oggetto del Piano di Assistenza**

La presente Polizza garantisce le spese sanitarie rese necessarie in conseguenza di infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico, nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti, per le prestazioni sanitarie di seguito riportate:

##### **ART. 12.1 Piano Base**

##### **12/A - Ricovero con o senza intervento chirurgico – Day Hospital – Intervento ambulatoriale.**

Nel caso di Ricovero in Istituto di cura, anche in regime di degenza diurna (day hospital/day surgery), con o senza intervento chirurgico (sono considerati interventi chirurgici anche la laparoscopia e la litotripsia), nonché di intervento chirurgico effettuato in ambulatorio, vengono riconosciute all'Assistito le seguenti spese, fino alla concorrenza del massimale di € 250.000,00 per anno/nucleo familiare, fermo restando quanto eventualmente previsto alle prestazioni di cui ai successivi punti:

A1) Esami e accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero o la data dell'intervento chirurgico senza ricovero.

A2) Onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici, terapeutici o endoprotesici applicati durante l'intervento) necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito.

A3) Rette di degenza (escluse le spese concernenti i "confort") con il limite di € 250,00 al giorno.

A4) Assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, trattamenti fisioterapici e rieducativi e medicinali durante il periodo di ricovero.

A5) Esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, , nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e

rieducativi, cure termali (escluse spese alberghiere) effettuate nei 90 giorni successivi il ricovero o la data dell'intervento chirurgico senza ricovero purché direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero stesso.

A6) In caso di trapianto di organi o parte di essi, sono riconosciute tutte le spese per ricovero, gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, l'intervento chirurgico di espianto, le cure, i medicinali e le rette di degenza, le spese per il prelievo e il trasporto di organi o parte di essi.

A7) Cure e trattamenti legati alla "fecondazione artificiale" o "fecondazione o procreazione assistita" con il limite di € 3.500,00 per anno / nucleo familiare.

A8) Gli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici del neonato o malformazione del feto qualora effettuati entro il primo anno di vita.

A9) Le spese per il trasporto dell'Assistito alla struttura sanitaria in ambulanza, treno, eliambulanza, aereo o qualsiasi mezzo idoneo, nonché l'eventuale trasferimento da una struttura sanitaria all'altra, purché disposti da personale sanitario qualificato, il tutto entro il limite di € 2.000,00 sia in Italia che all'estero.

A10) Vitto e pernottamento in istituto di cura per l'accompagnatore dell'Assistito e le spese di pernottamento in albergo, qualora la struttura non sia attrezzata ad ospitare l'accompagnatore, con il sottolimito giornaliero di € 30,00 al giorno con un massimo di 30 giorni.

A11) In caso di decesso conseguente a ricovero, vengono rimborsate le spese per il trasporto (ovvero rimpatrio se avvenuto all'estero) della salma con un massimo di € 2.000,00.

A12) Interventi chirurgici finalizzati a correggere i vizi di rifrazione, miopia, ipermetropia, astigmatismo, effettuati con metodica LASER ad eccimeri, PRK e/o LASIK), la garanzia s'intende prestata fino ad un massimo di € 1.040,00 per occhio senza applicazione di scoperto/franchigia di cui al presente articolo.

Il massimale previsto per i ricoveri si intende raddoppiato in caso di Grande Intervento Chirurgico.

Per "Grandi interventi chirurgici" si intendono quelli di cui all'elenco allegato, che forma parte integrante della presente Polizza.

Franchigie e scoperti di cui al presente articolo 12/A:

1) nel caso di prestazioni effettuate nei Centri Convenzionati e con medici convenzionati, le spese sono riconosciute al 100% (art.16 Assistenza Diretta);

2) nel caso di prestazioni effettuate presso Centri non convenzionati e con medici non convenzionati, le prestazioni sono rimborsate previa deduzione delle franchigie/scoperti di seguito riportate, che rimangono a carico dell'Assistito:

- ricoveri con o senza intervento: franchigia di € 800,00;

- per le prestazioni in Day Hospital o Day Surgery o Intervento chirurgico effettuato in ambulatorio: franchigia di € 250,00.

### **12/B – Gravidanza**

Si precisa che la gravidanza è equiparata a patologia, pertanto, le spese mediche relative alla gravidanza (visite, ecografie ed accertamenti di qualunque tipo anche sul nascituro, compresa



l'amniocentesi) vengono riconosciute sempre al 100%, senza il limite cronologico dei 90 giorni prima del ricovero per parto, con il limite di € 2.000,00 per anno / nucleo familiare.

### **12/C – Parto**

In caso di parto cesareo, sono riconosciute al 100% le spese relative al ricovero di cui all'art.12/A con il limite massimo di € 6.000,00 per evento. Sottolimito giornaliero di € 250 per le rette di degenza.

In caso di parto naturale, sono riconosciuti al 100% gli accertamenti diagnostici relativi al parto, le prestazioni mediche, ostetriche, gli onorari del ginecologo e di ogni altro componente l'équipe, infermieristiche, le cure, i medicinali e gli esami riguardanti il ricovero anche per il neonato, con il limite massimo di € 2.700,00 per evento, con il sottolimito giornaliero di € 250 per le rette di degenza.

Queste limitazioni non riguardano né le prestazioni sanitarie erogate alla madre per curare malattie da gravidanza e puerperio né gli interventi e terapie mediche - anche precedenti al parto - effettuati sul nascituro per correggere difetti o malformazioni.

### **12/D – Gravi Eventi Morbosi**

Nel caso la patologia diagnosticata comporti il rischio di morte o di processi degenerativi gravemente o totalmente invalidanti, il massimale annuo garantito deve intendersi di € 500.000,00 per anno/nucleo familiare.

Per "Gravi Eventi Morbosi" si intendono quelli di cui all'elenco allegato, che forma parte integrante della presente Polizza.

- Sono riconosciute al 100% tutte le cure, le terapie e i trattamenti, inclusi gli eventuali medicinali, senza il limite dei 90 giorni precedenti e successivi il ricovero, purché effettuate nei Centri convenzionati e con medici convenzionati;

- Sono riconosciute al 75% tutte le cure, le terapie e i trattamenti, inclusi gli eventuali medicinali, senza il limite dei 90 giorni precedenti e successivi il ricovero, effettuate nei Centri non convenzionati e/o con medici non convenzionati;

- sono ricompresi in garanzia - purché prescritti da un medico abilitato all'esercizio della professione secondo la legislazione del paese dove l'Assistito è in cura - tutti i trattamenti, i medicinali ed i mezzi di

cura forniti dalla ricerca scientifica purché contemplati da protocolli di cura anche sperimentali.

### **12/E – Indennità sostitutiva da ricovero**

Nel caso in cui le spese sanitarie da ricovero di cui agli artt. 12/A e 12/C siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o interamente rimborsate da altri soggetti che erogano prestazioni sanitarie, si intendono sostituite dalla corresponsione di un'indennità pari a € 100,00 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento, con o senza intervento chirurgico, per un massimo di 70 giorni, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

È facoltà dell'Assistito decidere se richiedere il rimborso dell'"Indennità sostitutiva" o delle spese da ricovero sostenute dallo stesso.

### **12/F – Prestazioni Extra-ospedaliere**

Sono riconosciute, anche se indipendenti da ricovero, le spese per le seguenti prestazioni sanitarie:

Angiografia, angiografia digitale, broncografia, broncoscopia, chemioterapia, cobaltoterapia, colonscopia, densitometria ossea, doppler, dialisi, diagnostica radiologica, ecodoppler, ecografia, ecografia intravascolare, ecografia trans esofagea, ecocardiografia, ecocardiografia a riposo e da sforzo, ecocontrastografia, ecotomografia, elettrocardiografia, elettroencefalografia, endoscopia diagnostica e terapeutica, endoscopia dell'apparato digerente, endoscopia dell'apparato urologico, esame holter, esami istopatologici, flebografia, fluorangiografia oculare, isteroscopia, isterosalpingografia, gastroscopia, laserterapia, mammografia, mielografia, pet cerebrale,



radioterapia, radionefrogramma, risonanza magnetica nucleare, scialografia con contrasto, scintigrafia, telecuore, tomografia assiale computerizzata, urografia.

Le prestazioni sopra riportate sono riconosciute entro il massimale di € 3.000,00 per anno/nucleo familiare e con i seguenti scoperti e franchigie:

- nel caso di prestazioni effettuate nei Centri Convenzionati le spese sono riconosciute al 100% (art.16 Assistenza Diretta);
- nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie fuori Rete Convenzionata, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 70,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

In aggiunta alle prestazioni sopra elencate, la garanzia è operante, in relazione alle **PATOLOGIE DI TIPO ONCOLOGICO**, per qualunque trattamento e terapia, compresi quelli futuri ed innovativi, purché prescritti da un medico abilitato all'esercizio della professione secondo la legislazione del paese dove l'Assistito è in cura e contemplati da protocolli di cura anche sperimentali.

Per le prestazioni relative a patologie di tipo oncologico, il massimale di cui al presente articolo si intende raddoppiato per anno / nucleo familiare con i seguenti scoperti e franchigie:

- nel caso di prestazioni effettuate nei Centri Convenzionati le spese sono riconosciute al 100% (art.16 Assistenza Diretta);
- scoperto del 20% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia se la prestazione sanitaria viene effettuata fuori Rete Convenzionata. Lo scoperto non si applica per chemioterapia, radioterapia (compreso cobaltoterapia) e dialisi.

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione della diagnosi o della patologia che ha reso necessaria la prestazione. Dalla documentazione inviata deve, inoltre, risultare inequivocabilmente il titolo di specializzazione del medico che ha effettuato la prestazione. La garanzia non è operante per le prestazioni di medicina generica.

Nel caso di prestazioni singole, lo scoperto sarà calcolato in relazione alla spesa per ciascuna di tali prestazioni; nel caso di prestazioni multiple rientranti in un ciclo di terapie, lo scoperto sarà calcolato in relazione alla spesa complessiva dell'intero ciclo di terapie prescritto per la stessa patologia.

In presenza di spese relative ad un unico evento, in dipendenza del quale gli Assistiti usufruiscano delle prestazioni rientranti nei due massimali relativi a "Prestazioni Extra-ospedaliere" e "Prestazioni Specialistiche", il rimborso delle stesse verrà effettuato in capo al massimale delle "Prestazioni Extra- Ospedaliere".

### **12/G – Prestazioni Specialistiche**

Sono riconosciute le visite e le prestazioni specialistiche di seguito riportate:

- visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici (visite pediatriche limitate a € 150 anno/nucleo familiare). Escluse le visite dentarie e ortodontiche.
- analisi, accertamenti ed esami diagnostici e di laboratorio (esclusi quelli rientranti all'art. 12/F) prescritti dal medico curante o dallo specialista (compresi gli onorari dei medici);

La garanzia di cui al presente articolo è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione della diagnosi o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

Le visite e le prestazioni sopra riportate sono riconosciute entro il massimale di € 2.000,00 per anno /nucleo familiare con i seguenti scoperti e le franchigie:

- nel caso di visite specialistiche e/o prestazioni effettuate nei Centri Convenzionati le spese sono riconosciute al 100% (art. 16. Assistenza Diretta);
- scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di € 35,00 se la visita specialistica e/o la prestazione sanitaria viene effettuata fuori Rete Convenzionata.

Sono riconosciute le spese sostenute per assistenza infermieristica a domicilio richiesta dal medico curante con il sottolimito giornaliero di € 26,00.

### **12/H - Cure dentarie e ortodontiche**

Sono riconosciute le spese sostenute per le cure dentarie e ortodontiche di seguito riportate nel limite del massimale di € 500,00 per anno / nucleo familiare, con i seguenti scoperti:

Le prestazioni sono erogate esclusivamente presso i Centri/Odontoiatri Convenzionati applicando uno scoperto pari al 30%. L'Aggiudicatario si riserva di chiedere documentazione radiografica o fotografica in funzione della tipologia di cure prestate.

- cure stomatologiche e odontoiatriche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche;
- cure ed apparecchi ortodontici;
- cure dentarie conservative/ortodontia/protesi;
- estrazioni ed otturazioni.

### **12/I - Lenti**

Sono rimborsate le spese per l'acquisto di lenti/lenti a contatto, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi. con il massimale di € 100,00 per anno /nucleo familiare e con lo scoperto del 20%.

La copertura non include le montature di occhiali e le fatture d'acquisto delle lenti devono essere accompagnate da prescrizione del medico oculista, dell'ottico optometrista o dell'ortottico, attestante la variazione del "visus" o prima prescrizione.

### **12/L - Ticket**

Qualora le spese sostenute nell'ambito delle prestazioni vengano effettuate presso il S.S.N., l'importo di eventuali ticket sarà rimborsato al 100%, entro il limite del massimale specifico di ogni prestazione.

### **12/M - Servizi di consulenza-assistenza**

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero nero 02/87083199 o al numero verde 800 418181 attivo 24h su 24, 365 giorni all'anno. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia.

#### a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

- in caso di infortunio, malattia dell'Assistito che comportino il ricovero in ospedale, l'equipe medica della Centrale Operativa è a disposizione per favorire lo scambio di informazioni tra i familiari ed i medici del Centro convenzionato.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione, per le prestazioni sanitarie garantite dalla presente Polizza, nelle Strutture sanitarie convenzionate.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assistito necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Indicazioni sanitarie

A richiesta dell'Assistito, la Centrale Operativa segnala lo specialista o il centro medico più indicati per le specifiche necessità dell'Assistito.

**ART. 12.2 Garanzia aggiuntiva piano integrativo 1**

**12.2/A Prestazioni sanitarie e infermieristiche per stati di non autosufficienza temporanea**

Sono riconosciute le spese per l'assistenza domiciliare continuativa medica e infermieristica per un massimo di **365** giorni dalla dimissione dall'Istituto di cura.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessari temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Se precisa che:

- La garanzia è operante solamente per il capo nucleo;
- a miglioramento dell'offerta il limite giornaliero è stato eliminato a fronte dell'introduzione di un massimale annuo pari ad **€ 1.500,00**

**12.2/B Prestazioni Extra-ospedaliere e Terapie di alta specializzazione**

Sono riconosciute, anche se indipendenti da ricovero, le spese per le seguenti prestazioni sanitarie entro il massimale di **€ 1.000,00** per anno/ nucleo familiare in aggiunta la massimale previsto per il Piano Base di Assistenza Sanitaria.

Nel caso in cui le prestazioni/terapie siano effettuate fuori Rete Convenzionata, sarà applicato il medesimo scoperto/franchigia previsto per le prestazioni Extra-ospedaliere del Piano Base di assistenza sanitaria di gruppo.

Arteriografia; Cartografia digitale, Coronografia, Cistografia, Duodenoscopia, Epiluminescenza, Esofagoscopia, Holter, Immunoterapia, Ionoforesi terapia, Kinesiterapia, Magnetoterapia, Massoterapia terapeutica, Moc, Spirometria, Terapia interferonica, Test ergometrico, Topografia

corneale, Ultrasuonoterapia, Uroflussometria, Xerografia, Agopuntura effettuata da medico iscritto all'albo dei medici chirurghi; Applicazione e rimozione di gesso e valve gessate, Acquisto, applicazione e rimozione apparecchi comportanti immobilizzazione di una o più articolazioni (tutori bivalve, tutori con fasce, colla di zinco, F.E.A. (fissatore esterno assiale) e similari; sono esclusi soltanto i bendaggi elastici (tipo tensoplast).

### **12.2/C Cure dentarie da infortunio**

Sono riconosciute nel limite del massimale di € **1.000,00** per anno / nucleo familiare - le cure dentarie, ortodontiche e relative protesi rese necessarie a seguito di infortunio che abbia causato il ricovero.

Scoperto:	Rete: 0%
	Fuori rete: 30%
Minimo non indennizzabile:	€ 500,00
Ticket:	100%

### **12.2/D Cure dentarie e ortodontiche**

Sono riconosciute le spese sostenute per le cure dentarie e ortodontiche di seguito riportate nel limite del massimale di € **500,00** per anno / nucleo familiare in aggiunta la massimale previsto per il Piano Base di Assistenza Sanitaria.

**Ticket: 100%**

Le Cure dentarie e ortodontiche potranno essere effettuate, a scelta dell'Assistito anche fuori Rete Convenzionata con l'applicazione del medesimo scoperto/franchigia previsto dal Piano Base di assistenza sanitaria di gruppo.

L'Ente assistenziale si riserva di chiedere documentazione radiografica o fotografica in funzione della tipologia delle cure prestate.

- cure stomatologiche e odontoiatriche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche; cure ed apparecchi ortodontici;
- cure dentarie conservative/ortodontia/protesi;
- estrazioni ed otturazioni.

### **12.2/E Protesi ortopediche e apparecchi acustici**

Sono rimborsate le spese per l'acquisto/riparazione/sostituzione di apparecchi acustici e di ausili sanitari prescritti da un medico (quali ad esempio a titolo esemplificativo e non limitativo: protesi anatomiche, stampelle, carrozzelle, corsetti gessati) con il massimale di € **1.000,00** per anno / nucleo familiare.

**Scoperto: 35%**

## **ART. 12.3 Garanzia aggiuntiva piano integrativo 2**

### **12.3/A Prestazioni sanitarie e infermieristiche per stati di non autosufficienza temporanea**

Sono riconosciute le spese per l'assistenza domiciliare continuativa medica e infermieristica per un massimo di **730** giorni dalla dimissione dall'Istituto di cura.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).

- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Se precisa che:

- La garanzia è operante solamente per il capo nucleo;
- a miglioramento dell'offerta il limite giornaliero è stato eliminato a fronte dell'introduzione di un massimale annuo pari ad **€ 3.000,00**

### **12.3/B Prestazioni Extra-ospedaliere e Terapie di alta specializzazione**

Sono riconosciute, anche se indipendenti da ricovero, le spese per le seguenti prestazioni sanitarie entro il massimale di **€ 2.000,00** per anno/ nucleo familiare in aggiunta la massimale previsto per il Piano Base di Assistenza Sanitaria.

Nel caso in cui le prestazioni/terapie siano effettuate fuori Rete Convenzionata, sarà applicato il medesimo scoperto/franchigia previsto per le prestazioni Extra-ospedaliere del Piano Base di assistenza sanitaria di gruppo.

Arteriografia; Cartografia digitale, Coronografia, Cistografia, Duodenoscopia, Epiluminescenza, Esofagoscopia, Holter, Immunoterapia, Ionoforesi terapia, Kinesiterapia, Magnetoterapia, Massoterapia terapeutica, Moc, Spirometria, Terapia interferonica, Test ergometrico, Topografia corneale, Ultrasuonoterapia, Uroflussometria, Xerografia, Agopuntura effettuata da medico iscritto all'albo dei medici chirurghi; Applicazione e rimozione di gesso e valve gessate, Acquisto, applicazione e rimozione apparecchi comportanti immobilizzazione di una o più articolazioni (tutori bivalve, tutori con fasce, colla di zinco, F.E.A. (fissatore esterno assiale) e similari; sono esclusi soltanto i bendaggi elastici (tipo tensoplast).

### **12.3/C Cure dentarie da infortunio**

Sono riconosciute nel limite del massimale di **€ 2.000,00** per anno / nucleo familiare - le cure dentarie, ortodontiche e relative protesi rese necessarie a seguito di infortunio che abbia causato il ricovero.

Scoperto:	Rete:	0%
	Fuori rete:	25%
Minimo non indennizzabile:		€ 350,00
Ticket:		100%

### **12.3/D Cure dentarie e ortodontiche**

Sono riconosciute le spese sostenute per le cure dentarie e ortodontiche di seguito riportate nel limite del massimale di **€ 1.000,00** per anno / nucleo familiare in aggiunta la massimale previsto per il Piano Base di Assistenza Sanitaria.

**Ticket: 100%**

Le Cure dentarie e ortodontiche potranno essere effettuate, a scelta dell'Assistito anche fuori Rete Convenzionata con l'applicazione del medesimo scoperto/franchigia previsto dal Piano Base di assistenza sanitaria di gruppo.

L'Ente assistenziale si riserva di chiedere documentazione radiografica o fotografica in funzione della tipologia delle cure prestate.

- cure stomatologiche e odontoiatriche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche; cure ed apparecchi ortodontici;
- cure dentarie conservative/ortodontia/protesi;

- estrazioni ed otturazioni.

### **12.3/E Protesi ortopediche e apparecchi acustici**

Sono rimborsate le spese per l'acquisto/riparazione/sostituzione di apparecchi acustici e di ausili sanitari prescritti da un medico (quali ad esempio a titolo esemplificativo e non limitativo: protesi anatomiche, stampelle, carrozzelle, corsetti gessati) con il massimale di € **1.500,00** per anno / nucleo familiare.

**Scoperto: 30%**

### **ART. 12.4 Garanzia aggiuntiva piano integrativo 3**

#### **12.4/A Prestazioni sanitarie e infermieristiche per stati di non autosufficienza temporanea**

Sono riconosciute le spese per l'assistenza domiciliare continuativa medica e infermieristica per un massimo di **1.825** giorni dalla dimissione dall'Istituto di cura.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

Se precisa che:

- La garanzia è operante solamente per il capo nucleo;
- a miglioramento dell'offerta il limite giornaliero è stato eliminato a fronte dell'introduzione di un massimale annuo pari ad € **5.000,00**

#### **12.4/B Prestazioni Extra-ospedaliere e Terapie di alta specializzazione**

Sono riconosciute, anche se indipendenti da ricovero, le spese per le seguenti prestazioni sanitarie entro il massimale di € **3.000,00** per anno/ nucleo familiare in aggiunta la massimale previsto per il Piano Base di Assistenza Sanitaria.

Nel caso in cui le prestazioni/terapie siano effettuate fuori Rete Convenzionata, sarà applicato il medesimo scoperto/franchigia previsto per le prestazioni Extra-ospedaliere del Piano Base di assistenza sanitaria di gruppo.

Arteriografia; Cartografia digitale, Coronografia, Cistografia, Duodenoscopia, Epiluminescenza, Esofagoscopia, Holter, Immunoterapia, Ionoforesi terapia, Kinesiterapia, Magnetoterapia, Massoterapia terapeutica, Moc, Spirometria, Terapia interferonica, Test ergometrico, Topografia corneale, Ultrasuonoterapia, Uroflussometria, Xerografia, Agopuntura effettuata da medico iscritto all'albo dei medici chirurghi; Applicazione e rimozione di gesso e valve gessate, Acquisto, applicazione e rimozione apparecchi comportanti immobilizzazione di una o più articolazioni (tutori bivalve, tutori con fasce, colla di zinco, F.E.A. (fissatore esterno assiale) e similari; sono esclusi soltanto i bendaggi elastici (tipo tensoplast).

#### **12.4/C Cure dentarie da infortunio**

Sono riconosciute nel limite del massimale di € **3.000,00** per anno / nucleo familiare - le cure dentarie, ortodontiche e relative protesi rese necessarie a seguito di infortunio che abbia causato il ricovero.



Scoperto:	Rete:	0%
	Fuori rete:	20%
Minimo non indennizzabile:	€	150,00
Ticket:		100%

#### **12.4/D Cure dentarie e ortodontiche**

Sono riconosciute le spese sostenute per le cure dentarie e ortodontiche di seguito riportate nel limite del massimale di € **1.500,00** per anno / nucleo familiare in aggiunta la massimale previsto per il Piano Base di Assistenza Sanitaria.

**Ticket: 100%**

Le Cure dentarie e ortodontiche potranno essere effettuate, a scelta dell'Assistito anche fuori Rete Convenzionata con l'applicazione del medesimo scoperto/franchigia previsto dal Piano Base di assistenza sanitaria di gruppo.

L'Ente assistenziale si riserva di chiedere documentazione radiografica o fotografica in funzione della tipologia delle cure prestate.

- cure stomatologiche e odontoiatriche, acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche; cure ed apparecchi ortodontici;
- cure dentarie conservative/ortodontia/protesi;
- estrazioni ed otturazioni.

#### **12.4/E Protesi ortopediche e apparecchi acustici**

Sono rimborsate le spese per l'acquisto/riparazione/sostituzione di apparecchi acustici e di ausili sanitari prescritti da un medico (quali ad esempio a titolo esemplificativo e non limitativo: protesi anatomiche, stampelle, carrozzelle, corsetti gessati) con il massimale di € **2.500,00** per anno / nucleo familiare.

**Scoperto: 25%**

#### **ART. 13 - Operatività delle garanzie**

Le garanzie previste dalla presente Polizza comprendono anche gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli Assistiti in copertura.

#### **ART. 14 - Persone escluse**

Non possono essere inserite nel presente Piano di Assistenza Sanitaria di gruppo le persone di età superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età durante il periodo di validità della presente Polizza, l'assistenza è prestata fino alla successiva scadenza annuale.

Non rientrano in copertura le persone affette da alcolismo e tossicomania. Nel caso di manifestazioni di una di dette malattie nel corso di validità del Piano di Assistenza, l'assistenza cessa dopo il primo evento.

#### **ART. 15 - Esclusioni**

Le prestazioni previste dalla presente Polizza non sono operanti per:

- a) le intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica non conseguente ad assunzione volontaria), allucinogeni e simili;
- b) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni dolose/delittuose o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili;
- c) le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assistito abbia preso parte volontaria;



- d) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che non si tratti di radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- e) gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche;
- f) le prestazioni/cure/interventi aventi finalità estetiche (salvo che per i neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e salvo gli interventi di chirurgia stomatologica e plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio nonché conseguenti direttamente da intervento asportativo/demolitivo direttamente riconducibile alla patologia);  
Si precisa che sono inclusi nel Piano Sanitario oggetto di gara gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna nonché gli interventi di correzione dei vizi di rifrazione.
- g) le prestazioni inerenti a linfodrenaggio e pressoterapia anche se effettuate presso strutture sanitarie;
- h) agopuntura;
- i) le malattie mentali e tutte le forme di nevrosi, psicoterapia e psicoanalisi;
- j) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- k) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.
- l) le cure dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti (salvo se attivata la prestazione di cui all'Art. 12, paragrafo 12/H)

#### **ART. 16 – Assistenza Diretta**

Il riconoscimento delle spese mediche coperte dalla garanzia può avvenire, a scelta dell'Assistito, nella forma dell'Assistenza Diretta. Il servizio di pagamento diretto può essere richiesto per le prestazioni all'art.

12/A – 12/B – 12/C – 12/D – 12/F - 12/G.

La modalità di pagamento diretto può essere utilizzata unicamente se l'Assistito si rivolga a un Centro Convenzionato (vedi elenchi Rete Convenzionata pubblicati su [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it)):

- nel caso di prestazioni effettuate nei Centri Convenzionati e con medici Convenzionati, le spese vengono liquidate direttamente ai Centri/medici Convenzionati;
- nel caso di prestazioni effettuate nei Centri Convenzionati ma con medici non convenzionati, le spese relative al Centro Convenzionato vengono liquidate direttamente allo stesso. Le spese relative ai medici non convenzionati vengono rimborsate all'Assistito con l'applicazione dell'eventuale scoperto/franchigia.

Nel caso di prestazioni effettuate nei Centri non convenzionati e con medici non convenzionati, le spese vengono rimborsate all'Assistito previa deduzione delle franchigie/scoperti previste dalle prestazioni, che rimangono a carico dell'Assistito.

Il servizio di pagamento diretto viene attivato con le modalità di seguito riportate:

- 1) Il primo contatto telefonico con la Centrale Operativa.

Per accedere al servizio di pagamento diretto occorre che l'Assistito telefoni preventivamente alla Centrale Operativa: ordinariamente, la telefonata di richiesta del servizio deve avvenire almeno 2 giorni prima rispetto alla data della prestazione/ricovero previsti; la Centrale Operativa è comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza.

Nel corso del primo contatto, l'Assistito deve indicare gli estremi della Polizza, il Centro convenzionato prescelto, la data della prestazione/ricovero, la diagnosi. L'Assistito deve inoltre fornire i recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

La scelta del Centro convenzionato e del medico spetta sempre all'Assistito. La Centrale Operativa è peraltro a disposizione per fornire informazioni sulla rete di Strutture sanitarie convenzionate.

2) La successiva trasmissione della certificazione medica alla Centrale Operativa e l'eventuale colloquio telefonico con il medico della Centrale Operativa stessa.

Successivamente alla telefonata di primo contatto - e comunque almeno 2 giorni prima del ricovero - l'Assistito deve trasmettere (anche via fax/mail) alla Centrale Operativa la certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta.

Quando occorre, l'Assistito verrà contattato da un medico della Centrale Operativa per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

3) La risposta della Centrale Operativa.

Dopo aver verificato, sulla base di quanto emerso a seguito del primo contatto telefonico e della certificazione medica, che la garanzia assicurativa è nella fattispecie operante, la Centrale Operativa garantisce al Centro convenzionato il pagamento diretto (con evidenza di eventuali spese non previste dalla copertura) e conferma telefonicamente all'Assistito l'operatività della garanzia, evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dal contratto, quali franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale.

Il centro convenzionato trasmetterà direttamente alla Centrale Operativa gli originali delle fatture e copia della cartella clinica per il pagamento delle prestazioni sanitarie.

Se la Centrale Operativa ritiene, per quanto valutato in base alle informazioni ricevute, di escludere, nella fattispecie, l'operatività della garanzia, ovvero di non poter formulare un giudizio in merito, ne dà notizia telefonica all'Assistito, chiarendo i motivi alla base di tale decisione.

Successivamente, l'Assistito potrà comunque inviare la certificazione delle spese sostenute, unitamente alla

relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo tramite rimborso delle spese.

4) Accesso al Centro convenzionato - sottoscrizione dell'Assistito del modulo di autorizzazione al pagamento diretto.

Per usufruire del servizio di pagamento diretto, l'Assistito, all'atto dell'accesso al Centro convenzionato, deve controfirmare il documento di autorizzazione, inviato dalla Centrale Operativa al Centro convenzionato, ove sono specificate le spese direttamente liquidabili e quelle non indennizzabili.

#### **ART. 17 – Assistenza indiretta a rimborso**

L'Assistito può - a sua scelta - avvalersi della procedura di Assistenza Diretta di cui all'art.16 oppure anticipare in proprio le spese e richiederne successivamente il rimborso (Assistenza indiretta).

La denuncia del sinistro deve essere corredata dalla necessaria certificazione medica che contenga la diagnosi o il sospetto diagnostico, nonché dagli originali delle fatture, note, giustificativi e documenti di spesa fiscalmente validi attestanti le spese sostenute.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito.

Nel caso in cui l'Assistito fosse in grado di produrre solo fotocopia delle fatture, dovrà accompagnarle da un documento comprovante la prestazione sanitaria degli originali corrispondenti ad altri soggetti e l'ammontare dell'importo riconosciuto da tali soggetti.

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione, il rimborso verrà corrisposto all'Assistito entro 45 giorni.

Il rimborso viene corrisposto al dipendente anche per le spese che riguardano i familiari. Non verranno rimborsati sinistri di importi complessivi inferiori ad € 25,00.

Il rimborso viene effettuato in Italia ed in Euro; per le spese sostenute fuori dall'Unione Europea - o comunque non sostenute in Euro - il rimborso - fermi il termine sopra stabilito - verrà eseguito in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

I documenti originali di spesa con sovraimpresso l'importo rimborsato, verranno restituiti all'Assistito. Le richieste di rimborso vanno inviate nei termini previsti al successivo art. 18.

#### **ART. 18 - Termini di prescrizione**

A seguito delle modifiche all'art. 2952 C.C., il diritto dell'Assistito nei confronti dei propri assicuratori si prescrive in 2 anni dalla data del sinistro. Il termine di prescrizione viene interrotto da ogni comunicazione attestante la volontà di richiedere l'indennizzo previsto a termini di Polizza.

Milano,



---

**RBM Salute S.p.A.**

---

**Il Contraente**

Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 l'Associato dichiara di approvare espressamente le disposizioni degli articoli sotto specificati che regolano la Polizza:

ART. 6 - Foro competente.

ART. 7 – Controversie.

ART. 14 – Persone escluse

Milano, .....

---

**Il Contraente**

## ALLEGATO 1 - ELENCO - GRAVI EVENTI MORBOSI -

Si considera " *Grave Evento morboso* " le seguenti patologie:

- a. infarto miocardico acuto.
- b. Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
  - I. dispnea;
  - II. edemi declivi; III. aritmia;
  - IV. angina instabile;
  - V. edema o stasi polmonare;
  - VI. ipossiemia.
- c. Ictus cerebrale.
- d. Aneurisma cerebrale.
- e. Neoplasia maligna.
- f. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
  - I. ulcere torbide;
  - II. decubiti; III. neuropatie
  - IV. vasculopatie periferiche;
  - V. infezioni urogenitali o sovrainfezioni.
- g. Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato.
- h. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.
- i. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale e midollare.
- j. Sclerosi multipla.
- k. Sclerosi laterale amiotrofica.
  - l. Morbo di Parkinson.
- m. Morbo di Alzheimer.
- n. Patologie degenerative gravemente o totalmente invalidanti. o. Gravi miopatie.
- p. Insufficienza renale che necessiti di dialisi.

## ALLEGATO 2 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI -

### *Cranio e sistema nervoso centrale e periferico - neurochirurgia*

- Anastomosi vasi intra-extracranici
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche.
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Cranioplastiche.
- Craniotomia per ematoma intercerebrale.
- Craniotomia per ascesso cerebrale.
- Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali.
- Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia. .
- Craniotomia per neoplasie.
- Derivazione ventricolare interna ed esterna.
- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche.
- Emisferectomia.
- Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo.
- Interventi chirurgici per neoplasie dei nervi periferici.
- Interventi per derivazione liquorale diretta o indiretta.
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi per tumori della base cranica per via trans orale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Laminectomia per tumori intra-durali extramidollari.
- Laminectomia per tumori intra-midollari del collo.
- Laminectomia decompressiva ed esplorativa.
- Malformazioni aneurismatiche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi).
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Operazioni per encefalo meningocele.
- Psicochirurgia.
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.
- Talamotomia, pallitomia ed altri interventi similari.
- Terapia chirurgica delle fistole arterovenose:
  - a) aggressione diretta;
  - b) legatura vaso-afferente intra-cranico;
  - c) legatura vaso-afferente extra-cranico.
- Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari.
- Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia.
- Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale.
- Vagotomia per via toracica.

### *Faccia – bocca – chirurgia maxillo-facciale*

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne.
- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condilo plastica per anchilosi dell'articolazione temporo- mandibolare.

- Correzione di naso a sella.
- Demolizione dell'osso frontale.
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Fratture dei mascellari superiori - Trattamento chirurgico ed ortopedico.
- Fratture del condilo e della apofisi coronoide mandibolare - Trattamento chirurgico ed ortopedico.
- Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale.
- Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore.
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Interventi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Interventi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo.
- Interventi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Paratodictomia con conservazione del facciale.
- Plastica per paralisi del nervo facciale.
- Resezione mascellare superiore.
- Resezione del massiccio facciale e per neodeformazioni maligne.
- Resezione della mandibola per neoplasia.
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi.
- Ricostruzione della mandibola con innesti ossei.
- Ricostruzione della mandibola con materiale allo plastico.

### *Collo*

- Asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne e tumori maligni.
- Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo.
- Svuotamento ghiandolare bilaterale.
- Svuotamento ghiandolare laterocervicale bilaterale
- Tiroidectomia per neoplasie maligne.
- Resezioni e plastiche tracheali.
- Faringo-laringo-esofagectomia con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale.

### *Esofago*

- Collocazioni di protesi endoesofagea per via toraco-laparatomica.
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o trans toracica per varici esofagee.
- Esofagogastropastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica.
- Interventi per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale.
- Interventi nell'esofagite, nell'ulceraesofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Interventi per diverticolo dell'esofago.
- Legatura di varici esofagee.
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
- Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigna, per tumori, resezioni parziali basi, alte e totali.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Resezione totale esofagea con esofago-plastica in un tempo.
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico.

- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale.
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparocervicotomica)  
con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia.
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia.
- Esofagectomia per via toracoscopica.
- Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago.
- Enucleazione di leiomiomi dell' esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica.

### *Torace*

- Asportazione del timo.
- Asportazione di tumori bronchiali per via endoscopica.
- Asportazione di tumori maligni con svuotamento del cavo ascellare.
- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino.
- Decorticazione polmonare.
- Exeresi per tumori delle coste o dello sterno.
- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.
- Mastectomia radicale con dissezione ascellare.
- Pleuro Pneumectomia.
- Pneumectomia.
- Pneumolisi a cielo aperto.
- Pneumotomia per asportazione di cisti da echinococco.
- Resezione bronchiale, con reimpianto.
- Resezione segmentarie e lobectomia.
- Toracoplastica parziale e totale.
- Toracotomia esplorativa.
- Timectomia per via toracica o toracoscopica.
- Lobectomie, bilobeetomie e pneumoneetomie.
- Pleurectomie e pleuropneumoneetomie.
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica.
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche
- Toracoplastica: I e II tempo

### *Chirurgia cardiaca*

- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.
- Ablazione trans catetere.
- Angioplastica coronarica.
- By-pass aorto-coronarico con vena.
- By-pass aorto-coronarico e resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- Commisurotomia.
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg singolo e doppio.
- Impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenico-pericardiaca.
- Infartectomia in fase acuta.
- Interventi a cuore aperto.
- Interventi a cuore chiuso.
- Interventi per corpi estranei nel cuore o tumori cardiaci.
- Interventi per malformazioni nel cuore e nei grossi vasi endotoracici.



- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi.
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Pericardiectomia.
- Resezione aneurisma del ventricolo sinistro.
- Resezione cardiaca.
- Sostituzione valvolare con protesi.
- Sutura del cuore per ferite.
- Valvuloplastica.

#### *Stomaco e duodeno*

- Cardiomotomia extramucosa.
- Esofago-cardioplastica.
- Gastroectomia totale.
- Gastroectomia totale per via toraco-laparotomica.
  
- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias.
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
- Interventi di riconversione per dumping syndrome.
- Intervento per mega esofago.
- Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica.
- Pilonoplastica + vagotomia.
- Reintervento per mega esofago.
- Resezione gastrica.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post -anastomotica.
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche.

#### *Peritoneo e Intestino*

- Intervento di esportazione di tumori retro peritoneali.
- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.
- Emicolecotomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica.
- Enteroanastomosi.
- Exeresi di tumori retroperitoneali.
- Laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali.
- Laparatomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino- resezione intestinale.
- Occlusione intestinale di varia natura – resezione intestinale.
- Resezione del tenue.
- Resezione ileo-cecale.
- Resezione intestinale.
- Resezione intestinale per via laparoscopica.
- Sutura della lesione.

#### *Colon - Retto e Ano*

- Amputazione del retto per via addomino-perineale (in più tempi).
- Amputazione del retto per via addomino-perineale (in un tempo).
- Amputazione del retto per via addomino-perineale.
- Amputazione del retto per via perianale.
- Amputazione del retto per via sacrale.
- Operazione per mega colon.

- Resezione anteriore del retto.
- Emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica.
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia.
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica.
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-ale per via tradizionale o laparoscopica.
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-ale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale
- Microchirurgia endoscopica trans anale.
- Ricostruzione sfinteriale con gracile plastica.

#### *Fegato e vie biliari*

- Anastomosi bilio-digestive.
- Colectomia.
- Drenaggio biliodigestivo intraepatico.
- Epatico e coledocotomia.
- Epatico-digiuno-duodenostomia.
- Epatotomia semplice per cisti da echinococco.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
  - Intervento di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia).
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Resezione epatica.
- Resezioni epatiche maggiori e minori.
- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale.
- Colectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria.
- Anastomosi buio-digestive.
- Reinterventi sulle vie biliari.
- Chirurgia del ripertensione portale:
  - a) interventi di derivazione
    - anastomosi porto-cava
    - anastomosi spieno-renale
    - anastomosi mesenterico-cava
  - b) interventi di devascularizzazione
    - legatura delle varici per via toracica e/o addominale
    - transezione esofagea per via toracica
    - transezione esofagea per via addominale
    - deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
    - transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago-gastrica.

#### *Pancreas e Milza – Surrene*

- Anastomosi mesenterica-cava.
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale.
- Deconnessione azygos-portale.
- Duodecocefalo - pancreatectomia con o senza linfadenectomia.
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas.
- Interventi demolitivi del pancreas:
  - a) totale o della testa;
  - b) della coda.
- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo cisti del pancreas:
  - a) enucleazione delle cisti;
  - b) marsupializzazione;

- c) cistovisceroanastomosi.
- Interventi per fistole pancreatiche.
  - Splenectomia.
  - Derivazioni pancreato-Wirsung digestive.

#### *Vasi*

- Disostruzione by-pass aorta addominale.
- Interventi di rivascularizzazione extra-anatomici.
- Interventi per aneurisma dei seguenti vasi arteriosi: carotidi , vertebrali, succlavia, tranco brachio-cefalico, iliache.
- Interventi per fistola aorto-enterica.
- Interventi per stenosi dell'arteria renale mesenterica superiore o celiaca.
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extra-cranica o succlavia o arteria anonima.
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore.
- Interventi sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali)
- Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)
- Interventi sulle arterie viscerali o renali
- Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)
- Interventi di rivascularizzazione extra-anatomici.
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta.
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo.
- Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass.
- Resezione arteriosa con plastica vasale.
- Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale).
- Trattamento dell'elefantiasi degli arti.

#### *Pediatria*

- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'esofago.
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Eteratoma sacrococcigeo.
- Fistola dell'esofago.
- Fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Intervento per megacolon.
- Intervento per cardiopatie congenite e/o malformazioni grossi vasi.
- Mecacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Intervento per megauretere.
- Megauretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Nefrectomia per tumore di Willms.
- Polmone cistico (lobectomia, pneumectomia).-
- Trattamento delle atresie delle vie biliari.
- Trattamento di ernie diaframmatiche.
- Trattamento di stenosi tracheali.
- Trattamento dell'atresia dell'esofago.

#### *Ortopedia e traumatologia*

- Artrodesi grandi segmenti.
- Artrodesi vertebrale per via anteriore.
- Artroprotesi di anca.

- Artroprotesi di ginocchio.
- Artroprotesi di spalla.
- Artroprotesi di gomito.
- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Osteosintesi vertebrale.
- Protesi di femore.
- Protesi di ginocchio.
- Protesi di polso.
- Protesi di spalla e gomito.
- Protesi di Thompson.
- Ricostruzione – osteosintesi frattura emibacino.
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi.
- Trattamento cruento dei tumori ossei.
- Vertebrotonomia.

### *Urologia*

- Cistectomia totale.
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia.
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica.
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale.
- Enterocistoplastica di allargamento.
- Estrofia vescicale e derivazione.
  
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale.
- Ileocistoplastica - colecistoplastica.
- Litotrixxia extracorporea.
- Intervento per estrofia della vescica.
- Intervento per fistola vescico - intestinale.
- Intervento per fistola vescico - rettale.
- Nefrectomia allargata.
- Nefrectomia polare.
- Nefrotomia bivalente in ipotermia (tecnica nuova).
- Nefroureterectomia.
- Nefroureterectomia totale (taglio allargato).
- Nefrolitotrixxia percutanea (PVL).
- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica.
- Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale.
- Plastiche per incontinenza femminile.
- Prostatectomia radicale con linfadenectomia.
- Resezione renale con clampaggio vascolare.
- Resezione uretrale e uretrorrafia.
- Surrenalectomia.
- Uretero-ileo-anastomosi (o collo bilaterale totale).
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale.

### *Apparato genitale*

- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma).
- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi.
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico.
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale.
- Cura chirurgica di fistola ureterale.

- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale.
- Eviscerazione pelvica.
- Exenteratio pelvica.
- Interventi sulle tube in microchirurgia.
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.
- Isterectomia per via vaginale.
- Isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia.
- Isterectomia per via laparoscopica.
- Isterectomia totale con annessiectomia per laparotomica.
- Isterectomia totale per via laparotomica.
- Laparotomia per ferite o rotture uterine.
- Metroplastica.
- Orchiectomia allargata per tumore.
- Orchiectomia per tumore.
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.
- Pannisterectomia radicale per via addominale.
- Pannisterectomia radicale per via vaginale.
- Vulvectomia allargata e totale.
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia.

#### *Oculistica*

- Estrazione di corpo estraneo endo-bulbare non calamitabile.
- Iridocicloretazione.
- Trabeculectomia.
- Vitrectomia anteriore e posteriore.
- Trapianto corneale a tutto spessore.
- Cerchiaggio per distacco di retina.

#### *Otorinolaringoiatria*

- Anastomosi e trapianti nervosi.
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio.
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio e del temporale.
- Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa.
- Asportazione di tumori parafaringei.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento.
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico.
- Svuotamento funzionale o demolitivo del collo.
- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale.
- Chirurgia del sacco endolinfatico.
- Chirurgia delle sindrome di Meniere.
- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Chirurgia dell'otite colesteatomatosa.
- Chirurgia endoauricolare della vertigine.
- Chirurgia trans labirintica della vertigine.
- Decompressione del nervo facciale.
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia.
- Distruzione del labirinto.
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Exeresi di paraganglioma timpano – giugulare.
- Exeresi fibroangioma rinofaringeo.
- Interventi per otosclerosi.

- Laringectomia sopraglottica o subtotale.
- Laringectomie parziali verticali.
- Laringectomia e faringolaringectomia totale.
- Neurinoma dell'ottavo paio.
- Neurectomia vestibolare.
- Parotidectomia con conservazione del facciale.
- Petrosectomia.
- Resezione del nervo petroso superficiale.
- Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne.
- Ricostruzione della catena ossiculare.
- Sezione del nervo cocleare.
- Sezione del nervo vestibolare.
- Timpanoplastica.

### *Laringe*

- Faringolaringectomia.
- Interventi per paralisi degli abducenti.
- Laringectomia orizzontale sopra-glottica.
- Laringectomia parziale verticale.
- Laringectomia ricostruttiva.
- Laringectomia totale.
- Laringefaringectomia.
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille, ecc...).
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille, ecc...) con svuotamento latero-cervicale.
- Tumori parafaringei.

### *Trapianti*

- Trapianto organi degli apparati:
  - circolatorio;
  - digerente;
  - respiratori;
  - urinario.
- Trapianto cornea.
- Trapianti ossei.

Si considerano "Interventi di alta chirurgia" anche:

- il Trapianto e l'espianto di organi;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).

## **GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE - REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA, MISTA E REGIME RIMBORSUALE -**

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni assicurate da RBM Salute.

Le prestazioni sono garantite attraverso **due regimi di erogazione**:

- 1. assistenza sanitaria diretta:** è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico; qualora l'Assistito fosse autorizzato a ricevere una prestazione presso una Struttura Convenzionata con il Network Previmedical, ma l'équipe medica non lo fosse (**c.d. Prestazioni Miste**), con riferimento agli onorari dell'équipe non convenzionata, Previmedical provvederà alla liquidazione in assistenza rimborsuale (punto 2). Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti dal Piano Sanitario.
- 2. assistenza sanitaria rimborsuale:** è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario. Inoltre, l'Assistito a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale all'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Non sono ammesse prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnicosportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.



Nel caso in cui l'Assistito decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N e tutte le spese del ricovero fossero a carico del S.S.N., verrà corrisposta un'indennità sostitutiva giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento (si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso), nei termini previsti dal Piano Sanitario.

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è necessario avvalersi di un centro autorizzato a praticare le prestazioni di carattere riabilitativo o da persone "regolarmente iscritte all'albo professionale riconosciuto dagli elenchi delle arti e professioni sanitarie".

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Vostro Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet [www.assidai.it](http://www.assidai.it).

Inoltre, sempre dal sito, previa autenticazione, si accede all'Area Riservata agli iscritti dove è possibile:

- a)** consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;
- b)** compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. A.3).

L'accesso all'Area Riservata è consentita agli Assistiti a cui preventivamente sono state rilasciate login e password.

Infine, è data l'opportunità agli Assistiti, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a Previmedical, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: [ufficio.convenzioni@previmedical.it](mailto:ufficio.convenzioni@previmedical.it)

## I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E MISTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta o mista, l'Assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** di Previmedical S.p.A., quale Service Amministrativo di RBM Salute, per ottenere la relativa autorizzazione.

A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto.

### **A) RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI**

#### **PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO**

##### **A.1.1 L'AUTORIZZAZIONE**

**Prima** di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta o mista.

**Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:**

- **800. 41.81.81** da telefono fisso (numero verde);
- **0039 02.87.083.199** per chiamate da e cellulare e dall'estero.

**L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di 48 ore lavorative.**

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

**La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.**

**Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.**

Esempio – **prestazioni ospedaliere** - Qualora la richiesta di assistenza diretta ospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 10 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro 7 giorni (di calendario) prima della data di ricovero o di intervento, ossia entro i 3 giorni successivi alla richiesta. Qualora la richiesta pervenga 4 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione purché la richiesta pervenga entro 48 ore lavorative prima dell'evento.

In ogni caso, si precisa che nella fase di start up dei Piani Sanitari potrebbe non essere possibile rispettare i predetti livelli di servizio fino a che il processo di acquisizione delle anagrafiche non risulterà completato. A tal fine si invitano tutti gli Assistiti che intendano usufruire di una prestazione in regime di assistenza DIRETTA a contattare con il massimo preavviso la Centrale Operativa.

**La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.**

L'Assistito dovrà **fornire alla Centrale Operativa** le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico ed indirizzo mail (se disponibile) della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione.

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax**, al numero **0422.17.44.605**, alla Centrale Operativa:

- prescrizione della prestazione da effettuare;
- diagnosi;
- certificato medico attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti da gare professionistiche.

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

Si precisa che per i ricoveri e/o Day Hospital, non “resi necessari da malattia o infortunio”, durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica e in riferimento al quadro clinico, possono essere effettuati anche in ambulatorio senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente, le spese relative alle prestazioni effettuate verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extraospedaliere.

**In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS.**

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, della relativa autorizzazione.

### A.1.2 LA PREATTIVAZIONE

**In alternativa all'attivazione del convenzionamento e della prenotazione tramite numero verde, l'Assistito può effettuare la pre-attivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito [www.assidai.it](http://www.assidai.it) - AREA RISERVATA, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Pre-Attivazione Convenzionamento Diretto On-line" la modalità di compilazione sarà guidata dal sistema interattivo.**

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura.

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

### A.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax **(0422.17.44.605)** allegando:

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;

- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti da gare professionistiche.

**La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.**

**Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa**, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero** e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Assistito dovrà provvedere ad inviare alla Centrale Operativa la documentazione come sopra indicato.

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

**La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero**, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

#### **A.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA**

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo, se previsto dal proprio Piano Sanitario, nei termini e limiti da questo previsti.

#### **A.2 LA PRENOTAZIONE**

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo A.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata.

Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

## DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento), nonché le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc..

Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota).

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

## **B) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE**

### PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

#### B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

**Prima** di ricevere le prestazioni, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta o mista; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono



subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

**Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:**

- **800. 41.81.81** da telefono fisso (numero verde);
- **0039 02.87.083.199** per chiamate da e cellulare e dall'estero.

**L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa di Previmedical con un preavviso di 48 ore lavorative.**

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

**La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.**

**Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.**

Esempio – prestazioni extraospedaliere - Qualora la richiesta di assistenza diretta extraospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 5 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro 3 giorni (di calendario) prima della data della prestazione extraospedaliera, ossia entro i 2 giorni successivi alla richiesta. Qualora la richiesta pervenga 3 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione purché la richiesta pervenga entro 48 ore lavorative prima dell'evento.

In ogni caso, si precisa che nella fase di start up dei Piani Sanitari potrebbe non essere possibile rispettare i predetti livelli di servizio fino a che il processo di acquisizione delle anagrafiche non risulterà completato. A tal fine si invitano tutti gli assicurati che intendano usufruire di una prestazione in regime di assistenza DIRETTA a contattare con il massimo preavviso la Centrale Operativa.

**La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.**

**L'Assistito dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:**

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico ed indirizzo mail (se disponibile) della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico.

La Centrale Operativa, verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;
- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, ecc.).

Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assistito l'invio, a mezzo fax, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico).

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo fax o sms o flusso web. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax, telefono o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta o mista, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche "non convenzionali" (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

**In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica contenente l'indicazione della diagnosi o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.**

L'Assistito deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico-medici del caso, della relativa autorizzazione.

### **B.1.2 LA PREATTIVAZIONE**

**In alternativa all'attivazione del convenzionamento e della prenotazione tramite numero verde, l'Assistito può effettuare la pre-attivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito [www.assidai.it](http://www.assidai.it) - AREA RISERVATA, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Pre-Attivazione Convenzionamento Diretto On-line" la modalità di compilazione sarà guidata dal sistema interattivo.**

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato. Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della Struttura Sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura.

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle Strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

### B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax (**0422.17.44.605**) allegando:

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure Dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti da gare professionistiche.

**La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.**

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

**La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero**, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

#### **B.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA**

Qualora l'Assistito acceda a Strutture Sanitarie Convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

#### **B.2 LA PRENOTAZIONE**

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo B.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata. Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

### **DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE**

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento). **Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.**

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

## II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

### A.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO

**Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare *in fotocopia* la seguente documentazione giustificativa:**

#### **- documentazione medica**

**a) prescrizione** con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti da gare professionistiche;

**b) cartella clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital).

Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

**c) relazione medica** attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;

**d) certificato del medico oculista**, dell'ottico optometrista o dell'ortottico attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (anche lenti a contatto), intendendosi comunque escluse le montature di occhiali. Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti;

**e) quant'altro** necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

**- documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente



autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. In caso di correzioni e/o cancellature presenti sui documenti di spesa dovrà essere presente la firma del medico.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

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

La somma spettante all'Assistito è calcolata con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo che verranno applicati su ogni singola prestazione eseguita; in caso di terapie rientranti nel medesimo ciclo di cura, gli eventuali scoperti e franchigie verranno applicate sull'ammontare complessivo e dovranno essere inviate in un'unica soluzione.

## A.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet [www.assidai.it](http://www.assidai.it) (sezione: Modulistica) compilandolo in ogni sua parte ed allegando **fotocopia** della documentazione giustificativa di cui sopra.

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

### **ASSIDAI**

**Ufficio Liquidazioni – Via Cristoforo Colombo, 149**

**00147 Roma (RM)**

## B. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet [www.assidai.it](http://www.assidai.it) (AREA RISERVATA), l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso;
- tipologia prestazione medica;
- persona interessata (iscritto o familiare);
- totale rimborso.

## ALLEGATO 4

### INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

#### **Informativa ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196**

In conformità all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196 (di seguito denominato Codice), la sottoscritta Società – in qualità di titolare - La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti (art. 7 del Codice).

#### **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, eventualmente anche sensibili <sup>(1)</sup>, al fine di fornire i servizi 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<sup>(2)</sup>, – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi.

#### **Modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali**

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti<sup>(3)</sup>, 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, 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, in Italia o all'estero. I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattarli, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I Suoi dati possono essere comunicati ad altri soggetti, facenti parte del settore assicurativo o ad esso correlati, con funzioni di natura tecnica, organizzativa e operativa<sup>(4)</sup>. 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 totale autonomia, in qualità di distinti Titolari. I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

#### **Diritti dell'interessato<sup>(5)</sup>**

Titolare del trattamento è RBM Salute S.p.A. che si avvale di Responsabili.

Lei ha il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile. Lei ha anche il diritto di ottenere l'indicazione dell'origine dei Suoi dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati; ha inoltre il diritto di ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco e di opporsi al loro trattamento.

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 designato per il riscontro all'interessato dott.ssa Cristina Calore [privacy@rbmsalute.it](mailto:privacy@rbmsalute.it), presso la sede secondaria di RBM Salute S.p.A. Via Nino Bixio, 31 – 20129 Milano.

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.

**ACCONSENTO/IAMO**                       **NON ACCONSENTO/IAMO**

*Barrare con la X la casella prescelta in caso di mancata scelta da parte del Contraente il consenso non si intenderà prestato*

Il Contraente \_\_\_\_\_

L'Associato \_\_\_\_\_

## Note

- 1) L'art. 4, comma 1 lett. d) del Codice definisce "sensibili" 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 personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.
- 2) Ad esempio lo prevede la disciplina contro il riciclaggio.
- 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 commerciali; 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 ISVAP, 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).
- 5) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può sempre essere esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

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

*Sede Secondaria:*  
via Nino Bixio 31 - 20129 Milano (MI)  
Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702  
Internet: [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) - E-Mail: [info@rbmsalute.it](mailto:info@rbmsalute.it)

---

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico  
Capitale Sociale € 2.500.000 i.v. - C.C.I.A.A. di MI C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 1848942  
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).

