

**Copertura Sanitaria n° 100174
Fondo di Assistenza per il Personale del
Gruppo Banco Popolare**

**Contratto di Assicurazione per il rimborso
delle spese mediche da malattia e da infortunio
redatto secondo le Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di
lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018)**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente le condizioni
di assicurazione**

**MODELLO FI0126
Edizione 01/01/2019**

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

SOMMARIO

Condizione di Assicurazione da pag. 1 a pag. 16:

- SEZIONE I

- Glossario *da pag. 1*
- Capitolo 1 – Informazioni generali - *da pag. 3*
- Capitolo 2 - Condizioni assicurative - *da pag. 4*

- SEZIONE II

- Capitolo 1 - Descrizione delle Prestazioni Assicurate - *da pag. 7*
- Capitolo 2 - Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione - *da pag. 9*
- Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 8*
- Capitolo 4 - Disposizioni varie - *da pag. 14*

- SEZIONE III

- Capitolo 1 – ComfortSalute® *da pag. 14*

Allegati:

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

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

Sezione I

GLOSSARIO

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione., tutte le persone fisiche indicate dalla Contraente.

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistenza Infermieristica: l'assistenza prestata da persona fornita di specifico diploma .

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Cassa/Fondo: Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare P.iva 93096470237, PIAZZA NOGARA, 2 37121 VERONA VR, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

CDA: condizioni di assicurazione.

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente, i soggetti assistiti, ecc).

Contraente: Fondo Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare, P.iva 93096470237, PIAZZA NOGARA, 2 37121 VERONA VR, il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Infortunio: evento dovuto a causa accidentale violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito Internet del Fondo.

Nucleo familiare: Il titolare, il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente ai sensi della L. 20 maggio 2016 n. 76 ss.mm, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi ed una mortalità elevata. I soggetti abilitati a determinare l'esistenza di una pandemia in atto sono l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Ministero della Salute.

Polizza: i documenti che descrivono e provano l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dalla Contraente alla Società per ciascun anno assicurativo

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

Regime di assistenza diretta: l'accesso, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assicurato, al netto di eventuali somme che rimangono a suo carico, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

Regime rimborsuale: il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e non rientranti nell'ambito del Network, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Società: RBM Assicurazione Salute S.p.A.

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni generali sull'impresa di assicurazione

- a) RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. (di seguito per brevità anche RBM Salute S.p.A.);
b) Sede legale e direzione generale: via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde - Preganziol, Treviso (Italia)/sede secondaria: via Victor Hugo 4, 20123 Milano (Italia);
c) Recapiti telefonici: +39 0422 062700 (sede legale e direzione generale) / +39 02 91431789 (sede secondaria); sito internet: www.rbmsalute.it; indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it; indirizzo di posta elettronica certificata: rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it;
d) RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. è iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 2/11/2007 n. 255).

Art. 2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2017

Patrimonio netto:	€ 163.765.532,00
di cui	
- capitale sociale:	€ 100.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 48.622.481,00
Indice di solvibilità ² :	172% (191% al netto dell'add on di capitale)

Art. 3. Periodi di carenza contrattuali

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

Art. 4. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

Art. 5. Diritto di recesso

Avvertenza: la facoltà di recesso da parte del contraente è preclusa.

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

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

Art. 7. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il contratto o un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto a RBM Assicurazione Salute S.p.A. con una delle seguenti modalità:

- tramite compilazione di apposita form-mail, reperibile sul sito della Compagnia www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami, compilabile direttamente on line;
- tramite posta, ordinaria o raccomandata, indirizzata a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde;
- via fax al numero 0422/062909;
- via mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura, **fino a concorrenza del massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato durante l'operatività del presente Contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio (si riporta nell'Allegato 2 una Scheda riassuntiva dei massimali/somme assicurate e/o franchigie e/o scoperti previsti).**

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

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

Art. 10. Altre assicurazioni/coperture

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

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso della Società. **Fermo quanto previsto in precedenza, la Società, entro 15 giorni dalla comunicazione ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.**

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

L'assicurazione decorre dalle ore 00:00 del 01/01/2019 alle 00:00 del 01/01/2020 indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 00:00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 31° giorno dopo quello della scadenza e riprende a decorrere dalle ore 00:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art.1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati alla Società.

Il premio dovrà essere versato dal Contraente all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società, tramite bonifico bancario.

Il premio, dovrà essere corrisposto con frazionamento trimestrale anticipato come riportato sul certificato di polizza.

Art. 12. Rinuncia all'azione di rivalsa

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio si conviene che nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

Art. 13. Variazioni del rischio

Il Contraente è tenuto a comunicare alla Società tutte le variazioni del numero delle persone assicurate e degli altri elementi di rischio.

Nel caso di variazioni comportanti aumento di premio, il Contraente si impegna a corrispondere il relativo importo entro 15 giorni dalla data di presentazione dell'appendice che viene emessa dalla Società, con l'applicazione, in difetto, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Nel caso di variazione comportante diminuzione di rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente e/o Assistito, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 14. Obblighi dell'Assistito e/o Contraente in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assistito e/o Contraente deve darne avviso scritto alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 15. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

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

Art. 16. 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. 17. Obblighi di consegna documentale a carico del Contraente – Documenti per gli Assicurati

Il contraente si impegna a consegnare agli assicurati anche tramite invio e-mail, pubblicazione sulla intranet aziendale o sul web, copia delle condizioni di assicurazione di cui alla presente copertura con

acclusa l'informativa sul trattamento dei dati per fini assicurativi (ex art. 13 del D.lgs. 196/2003 – Codice Privacy)

Il contraente, nel rispetto di quanto previsto dal D.lgs. 196/2003 (codice privacy) si impegna a raccogliere e trasmettere alla compagnia e dati personali degli assicurati, necessari al fine di poter procedere alla gestione di eventuali sinistri.

Art. 18. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

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

Il Contraente è tenuto, a sua volta, a comunicare tali informazioni ad ogni Assistito.

Art. 19. Assicurazione per conto altrui

Essendo la presente assicurazione stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti, che dall'Assistito, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 20. Regime fiscale

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

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 21. Foro Competente

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

- Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Società.

- Per ogni controversia tra la Società e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito o dell'avente diritto.

Art. 22. Controversie: mediazione

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

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

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

Art. 23. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

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

Sezione II

CAPITOLO 1 - DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 24. Contraente - Assistiti

La presente polizza è stipulata dal FONDO ASSISTENZA FRA IL PERSONALE DEL GRUPPO BANCO POPOLARE con sede in Verona - 37121 - Piazza Nogara, 2.

L'assicurazione è prestata a favore degli Iscritti al Fondo di Assistenza fra il Personale del Gruppo Banco Popolare.

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

Art. 25. Descrizione delle prestazioni Assicurate

A) RIMBORSO - SPESE MEDICHE OSPEDALIERE IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

La Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale annuo per evento e per nucleo familiare di € 130.000,00 (centotrentamila/00) le spese sostenute in caso di Grande intervento chirurgico, per tali intendendosi quelli riportati in apposito elenco, per le prestazioni di seguito indicate:

A1) onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito;

A2) rette di degenza (escluse quelle concernenti "comfort" o i bisogni non essenziali del degente);

A3) assistenza infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami durante il periodo di ricovero;

A4) Nel caso di trapianti di organi o di parti di essi conseguenti a malattia o infortunio è compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo sul donatore; nel caso di donazione da vivente si rimborsano le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativo al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'equipe operatoria e materiale di intervento), cure, medicinali e rette di degenza (escluse quelle concernenti "comfort" o i bisogni non essenziali del degente), nei limiti del massimale assicurato;

A5) le spese effettivamente sostenute e documentate verranno rimborsate previa detrazione di € 25.000,00 (venticinquemila/00) quale franchigia fissa ed assoluta.

B) ANTICIPI

Nei casi di ricovero per i quali l'istituto di cura richiede il pagamento di un deposito, la Società anticipa l'importo richiesto, previa presentazione di certificazione medica che attesti la natura della malattia o dell'infortunio ed eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, l'indicazione del giorno di ricovero ed il presunto ammontare delle spese sanitarie. Tale importo non potrà eccedere l'80% della somma assicurata per i ricoveri ospedalieri. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule, distinte e ricevute di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

L'anticipazione della spesa può aver luogo solamente quando l'ammontare richiesto dall'Istituto di cura non sia inferiore a € 25.000,00(venticinquemila/00) e per l'importo eccedente tale somma.

CAPITOLO 2 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 26. Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, ricomprese al capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- b) gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assistito (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
- c) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d) l'interruzione volontaria della gravidanza;
- e) l'agopuntura non effettuata da medico;
- f) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo che per i neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età e gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- g) le cure dentarie e le paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio, nonché le protesi dentarie in ogni caso;
- h) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici o sanitari ausiliari, salvo quanto previsto all'art.17);
- i) la psicoterapia e la psicoanalisi;
- j) le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- k) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- l) le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Art. 27. Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale.

In caso di premorienza dell'Assistito la garanzia prosegue a favore degli eventuali familiari aderenti sino alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato corrisposto il premio.

Art. 28. Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o delle seguenti infermità: sindromi organiche cerebrali, infezioni da HIV.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 29. Oneri in caso di sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso. Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società ed qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso. L'accertamento potrà essere disposto entro un termine minimo di 48 ore dalla denuncia del sinistro e comunque entro un termine massimo di sei mesi.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assicurato titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto per richiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- In assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (In originale o In copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione (CDA).

Le prestazioni erogate in intramoenia sono considerate prestazioni private, ancorché eseguite in strutture pubbliche.

Il pagamento di eventuali imposte, ivi compresa quella di bollo, dovute per le prestazioni oggetto della presente copertura assicurativa, rimane ad esclusivo carico dell'Assicurato; non sono dovute dalla Società le spese sostenute dall'Assicurato per eventuali oneri amministrativi di qualsivoglia natura (ad esempio le spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assistito è obbligato a comunicare alla Società il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assistito è tenuto a trasmettere alla Società il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Procedura operativa - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Associato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; 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 di Previmedical S.p.A., in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

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, 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 pervenuta alla Centrale Operativa non rispetti le tempistiche indicate nel primo capoverso del punto 1, 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.

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

Il rilascio dell'autorizzazione può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati: - 800. 90.14.25 da telefono fisso (numero verde); - +39 0422.17.44.079 da telefono cellulare e per chiamate dall'estero.

L'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- prestazione da effettuare;
- diagnosi/quesito diagnostico.

L'Assicurato dovrà trasmettere alla Centrale Operativa - tramite portale web o app mobile o a mezzo mail all'indirizzo assistenza.fas@previmedical.it o via fax, al numero 0422.17.44.579 – la seguente documentazione:

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata.
- **In caso di infortunio** dovranno essere presentati anche i seguenti documenti:
 - ⇒ il referto del Pronto Soccorso, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile;
 - ⇒ qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza con la

prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

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'Associato (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Associato).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando l'analisi della documentazione medica trasmessa dall'Associato (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nell'elenco dei grandi interventi chirurgici, i massimali residui, etc.).

L'Associato, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione al ricovero/intervento a mezzo fax, o sms, telefono, o flusso web. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax o flusso web la Struttura convenzionata ad erogare la prestazione all'Associato in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte della Compagnia, dando evidenza di eventuali spese non previste dall'opzione sanitaria di riferimento e che rimangono a carico dell'Associato .

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

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

E' data l'opportunità agli Assicurati, 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

b) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per ricovero)

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in rete 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.

In tali casi, l'Associato potrà richiedere l'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'esecuzione dell'intervento e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Associato dovrà provvedere ad inviare tramite mail all'indirizzo assistenza.fas@previmedical.it o a mezzo fax (0422.17.44.579) alla Centrale Operativa apposito modulo contenente l'attestazione della struttura sanitaria dello stato di necessità ed urgenza. Nel caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, inoltre, l'Associato dovrà inviare il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento.

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.

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

c) La Prenotazione

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo a), con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Associato 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'Associato un'informativa telefonica, a mezzo e-mail o sms della prenotazione effettuata.

d) Mancata attivazione della Centrale Operativa

Qualora l'Associato 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'Associato e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

e) Dopo l'esecuzione della prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assicurato 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 dalla Condizioni di Assicurazione), nonché le spese non strettamente relative alla degenza (ad esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.).

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato e/o alla Struttura Sanitaria (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota in caso di ricovero, radiografie, referti radiologici e referti istologici,).

Procedura operativa - Regime Rimborsuale

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, l'Assicurato, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito www.rbmsalute.it (sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica) ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

- 1. documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.
- 2. cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.);**
- 3. prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate;**
- 4. In caso di infortunio dovranno essere presentati anche i seguenti documenti:**
 - ⇒ il referto del Pronto Soccorso, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile;
 - ⇒ qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

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

FONDO ASSISTENZA FRA IL PERSONALE DEL GRUPPO BANCO POPOLARE
via Meuccl 5
37135 VERONA (VR)

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

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

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

b) Richiesta di rimborso on line

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

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

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

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di ricovero in Istituto di cura in regime di assistenza diretta qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di cura se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Art. 30. Modalità di rimborso per l'assistenza diretta e indiretta - Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e concordato con l'Assistito l'importo dell'indennizzo da corrispondere a termini di polizza, la Società s'impegna a provvedere al pagamento entro 30 giorni.

Art. 31. Decorrenza e cessazione della garanzia - Termine massimo per la presentazione della denuncia di sinistro

La garanzia decorre dal momento in cui ha effetto l'assicurazione, per le prestazioni erogate successivamente all'effetto dell'Assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assistiti, o si rinnovi in tacita proroga, la garanzia decorre dal giorno in cui ha avuto effetto il contratto emesso in sostituzione od il rinnovo in tacita proroga.

In caso di cessazione dell'Assicurazione, o dello scadere del periodo assicurativo, verranno rimborsate le spese sostenute per le prestazioni erogate precedentemente l'effetto dell'annullazione stessa, ovvero della scadenza del periodo assicurativo.

Ai fini della validità della garanzia, le denunce dei sinistri dovranno essere presentate alla Società entro e non oltre 30 giorni della data di cessazione dell'Assicurazione, ovvero entro 30 giorni della scadenza del periodo assicurativo nel quale sono avvenuti, a pena di decadenza dal diritto all'indennizzo.

La norma di cui ai commi precedenti vale anche nel caso di sostituzione di contratto in un momento diverso della scadenza del periodo assicurativo, nonché in caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 32. Obblighi In caso di sinistro

La denuncia di cui all'art.14 deve essere corredata da certificazione medica. L'Assistito deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia della cartella clinica completa.

CAPITOLO 4 - DISPOSIZIONI VARIE

Art. 33. Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Società Arena Broker srl di Verona (RUI n. B000163766); di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente da Arena Broker srl il quale tratterà con la Compagnia per conto del Contraente.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori. Parimenti ogni comunicazione fatta dagli Assicuratori al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso e convenuto che la sottoscrizione di tutti gli atti inerenti alla presente assicurazione rimarranno di stretta competenza del Contraente.

Sezione III

Capitolo 1 - ComfortSalute® (validità territoriale Italia)



1) Consulenza Medica, Informazioni Sanitarie e Ricerca degli Istituti di Cura

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato.

Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2) Guardia Medica Permanente

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assistito per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione di tariffe comunque convenzionate.

3) Second Opinion

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

4) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

E' a disposizione il servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

L'Assicurato dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso; in questo modo, riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione.

A seguito dell'attivazione del servizio, l'Assicurato riceverà una notifica a seguito delle seguenti attività:

- a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- c) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- d) eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

5) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Qualora l'Assicurato disponga di un accesso ad Internet potrà usufruire delle seguenti funzionalità.

Area riservata – Condizioni di assicurazione

Accedendo al sito www.rbmsalute.it l'Assicurato potrà visualizzare le presenti Condizioni di Assicurazione accedendo alla "Area riservata – Condizioni di assicurazione" presente nella sezione "Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi", inserendo le medesime credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri.

Area riservata – Sinistri

Accedendo al sito welfare.bancopopolare.it l'Assicurato può effettuare la preattivazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta o inoltrare le proprie richieste di rimborso con modalità telematiche accedendo alla "Area Personale Socio" presente nella sezione "Assistenza Sanitaria – Fondo Assistenza Gruppo BP".

L'Assicurato potrà anche:

- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto;
- ricercare le strutture convenzionate con il Network;
- consultare on line lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

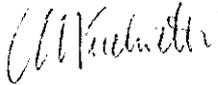
Sarà sufficiente accedere con le proprie credenziali (login e password) ricevute dalla Società; le medesime credenziali potranno essere utilizzate anche per accedere all'Area riservata - Condizioni di assicurazione.

App mobile

L'Assicurato può accedere a "Citrus®", App mobile resa disponibile dalla Società per accedere alle seguenti funzioni:

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

L'Assicurato già registrato nell'Area Riservata – Sinistri utilizzerà le medesime credenziali (login e password) per accedere ai servizi tramite APP Mobile. In caso contrario, dovrà registrarsi all'Area Riservata.



Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa

Agli effetti dell' art. 1341 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei sottoindicati articoli:

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

- Art. 11 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio
- Art. 16 Forma delle comunicazioni
- Art. 21 Foro competente
- Art. 28 Persone non assicurabili
- Art. 29 Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Allegato n.1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (Ed. 2011)

Si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" gli interventi chirurgici caratterizzati dall'impiego di tecniche operative particolari e complesse; più precisamente ai fini della presente garanzia si considerano "Grandi Interventi Chirurgici" quelli di seguito indicati.

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi di radiochirurgia stereotassica

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario

- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezione epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Allegato 2: Scheda riassuntiva

Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie

Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Massimale Grandi Interventi	Euro 130.000,00
SPESE MEDICHE OSPEDALIERE IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	
Condizioni:	
- diretta	Franchigia fissa € 25.000,00
- rimborso	Franchigia fissa € 25.000,00

ALLEGATO 3

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

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

1 Finalità del trattamento

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, anche sensibili (1), al fine di fornire i servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge(2), – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi; pertanto il consenso prestato a tale fine risulta obbligatorio.

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali

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

2 Modalità di trattamento e conservazione

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

I Suoi dati sono trattati in Italia; eventualmente, ove necessario, potranno essere comunicati, per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della Unione Europea, a soggetti che fanno parte della c.d. catena assicurativa(4).

I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattarli, in qualità di Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

I dati personali vengono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento.

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

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

Registrazione delle telefonate

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

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

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

Cookies

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

3 Comunicazione dei dati personali

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

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

4 Diritti dell'interessato

Titolare del trattamento è RBM Assicurazione Salute S.p.A..

Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

- a. accesso ai dati personali;
- b. rettifica dei propri dati personali (provvederemo, su Sua segnalazione, alla correzione di Suoi dati non corretti anche divenuti tali in quanto non aggiornati);
- c. revoca del consenso;
- d. cancellazione dei dati (diritto all'oblio) (ad esempio, in caso di revoca del consenso, se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento);
- e. limitazione del trattamento;
- f. opposizione al trattamento per motivi legittimi;
- g. portabilità dei dati (su Sua richiesta, i dati saranno trasmessi al soggetto da Lei indicato in formato che renda agevole la loro consultazione ed utilizzo);
- h. proposizione reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'Ufficio Privacy presso la sede di RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

5 Titolare e Responsabile della Protezione dei Dati

RBM Assicurazione Salute S.p.A., con sede in via Forlanini n. 24 - 31022 Loc. Borgo Verde di Preganziol (TV), è il titolare del trattamento al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR scrivendo a privacy@rbmsalute.it / rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

Il Responsabile della protezione dei dati (RDP-DPO) è contattabile all'indirizzo privacy@rbmsalute.it.

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

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

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

- do il consenso nego il consenso

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

MOD. AP PRY 0002 – ED 05/2018

Note

- 1) Per dati "sensibili" si intendono i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona, che il GDPR indica all'Art. 9 come "categorie particolari di dati personali".
- 2) Ad esempio per disposizioni di IVASS, Garante Privacy, adempimenti in materia di accertamenti fiscali.
- 3) Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.
- 4) Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionali di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la nostra società ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni).

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel. +39 0422 062700 – Fax: +39 0422 1745025
direzionecommerciale@rbmsalute.it

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

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 120.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

