

Copertura Sanitaria Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare n. 100179 SUPER per gli Associati alla Cassa

Contratto di Assicurazione per il rimborso
delle spese mediche da malattia e da infortunio
per il Personale in Quiescenza con integrazione Super

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 25/01/2013

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico

SOMMARIO

Nota Informativa:

-
- Glossario
-

Condizione di Assicurazione comprensive di:

- SEZIONE I

- Condizioni Generali
 - Limitazioni
 - Condizioni Particolari
 - Modalità di Assistenza
-

- SEZIONE II

- Servizi Aggiuntivi Previmedical
-

- ALLEGATI

- 1) Elenco Grandi Interventi Chirurgici
 - 2) Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
 - 3) Lista delle Strutture "TOP"
 - 4) Guida alle prestazioni sanitarie - Regime di assistenza diretta, mista e regime rimborsuale
 - 5) 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 decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute del presente contratto, sono riportate in carattere "sottolineato".

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'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, indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it.

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

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 ² :	274%

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha una durata di 2 anni a partire dalle ore 00.00 del 01/01/2013 (vedi Sez. I - art. A.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione ed art. A.2).

Allo scadere del secondo anno, il contratto non prevede il tacito rinnovo, (vedi Sez.I - art.A.2).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per:

- Prestazioni Ospedaliere (ricoveri, ecc.);
- Prestazioni extraospedaliere, ossia:
 - Alta Specializzazione (Cure ed Alta Diagnostica),
 - Cure Ambulatoriali e Domiciliari (visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici/riabilitativi, medicinali, cure oncologiche, cure dentarie da infortunio, amniocentesi/villocentesi);
 - Cure Dentarie da malattia;
 - Protesi ortopediche/acustiche;
 - Lenti/Montature;
- Prestazioni di Pronto Soccorso;
- Psicomotricità,

(vedi Sez.I - artt. 3,4,5 e 6 delle Condizioni Particolari ed Allegato 2)

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 Sez.I - punto 3.10 delle Condizioni Particolari ed Allegato 2).

Sono inoltre previsti dei Servizi Accessori, ad esempio di consulenza medica, gestione appuntamento, ecc. (vedi Sez.II).

¹ I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato

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

Avvertenza: la copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza, prevede esclusioni (vedi Sez.I - art. B.2 delle Limitazioni) e non prevede cause di non assicurabilità.

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo per il totale degli indennizzi di ogni garanzia (vedi Sez.I - artt. 3,4,5 e 6 delle Condizioni particolari ed Allegato 2). Ad esempio, il totale degli indennizzi in un anno per la garanzia Ospedaliera non potrà superare i € 200.000,00 per nucleo familiare.

Avvertenza: è consentito reintegrare una volta il massimale annuo con il pagamento di un premio aggiuntivo pari al costo annuo complessivo sostenuto dall'iscritto per tutti i beneficiari del suo nucleo. Il nuovo massimale opera esclusivamente nel caso di sinistri accaduti successivamente al pagamento del premio relativo (vedi Sez.I - punto 3.12 delle Condizioni Particolari).

Avvertenza: la copertura prevede franchigie e scoperti (vedi Sez.I - artt. 3,4,5 e 6 delle Condizioni particolari ed Allegato 2). Ad esempio:

- a) nel caso in cui la prestazione fosse effettuata in una struttura convenzionata con la Società, a fronte di una spesa di Alta Specializzazione di € 200,00, verranno rimborsate € 150,00 (essendo € 50,00 la franchigia fissa prevista per prestazione/fattura);
- b) nel caso in cui la prestazione fosse effettuata in una struttura non convenzionata con la Società, a fronte di una spesa di Alta Specializzazione di € 350,00, verranno rimborsate € 245,00 (essendo € 105,00 il 30% della somma spesa, scoperto per prestazione). Se invece la spesa fosse di € 150,00, verranno rimborsati € 90,00 (essendo € 45,00 il 30% della somma spesa ma tale importo risulta inferiore al minimo di franchigia di € 60,00 per prestazione previsto dalla polizza).

Avvertenza: non sono previsti limiti di età

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'Assistito in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - Nullità

Non applicabile in quanto la Società non richiede alcuna dichiarazione in ordine alle circostanze del rischio .

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Non applicabile in quanto la Società non richiede comunicazione di aggravamento e diminuzione del rischio.

7. Premi

Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società, direttamente mediante bonifico bancario.

Il 50% del premio dovrà essere pagato entro il 28 febbraio, ad eccezione dell'anno 2013 in cui il versamento potrà avvenire entro il 31 marzo. Il residuo 50% dovrà essere saldato non appena effettuato il completamento anagrafico e comunque entro il 30 giugno.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

9. Diritto di recesso

Allo scadere del secondo anno, il contratto non prevede il tacito rinnovo (vedi Sez.I - art. A.2 delle "Condizioni Generali")

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 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'assistito o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità;

Il dettaglio della procedura di accesso al regime di assistenza rimborsuale è indicato in apposita Guida (vedi allegato n. 4 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE").

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati (vedi Sez.I – punto 8.2 art. 8 delle Condizioni Particolari). Per ricevere le prestazioni in tale regime di assistenza, l'Assistito 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 non provvederà al pagamento diretto ma solo alla successiva liquidazione in forma rimborsuale. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza.

Qualora l'Assistito fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate o le stesse risultassero distanti più di 50 Km. dal domicilio dell'Assistito, previa autorizzazione rilasciata dalla Centrale Operativa, si applicheranno le franchigie previste per il pagamento diretto (Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati).

Il dettaglio della procedura di accesso al regime di assistenza diretta è indicato in apposita Guida (vedi Allegato n. 4 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE").

Si rinvia al sito www.previmedical.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.

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'ISVAP (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 Sez.I - art. 10 delle Condizioni particolari) 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'Assistito.

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

Accertamento diagnostico: Prestazione sanitaria strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assistito: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero l'Assicurato.

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 personale fornito di specifico diploma.

Associato: associato alla Cassa.

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.).

Centro Medico: struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

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 assicurati, ecc).

Contraente: Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare - Via Carlo Negroni, 12 – 28100 Novara P.IVA 94057860036 il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: deviazione acquisita del normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi .

Evento/Data Evento: il singolo ricovero, anche in regime di degenza diurna (Day Hospital) o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. Per le Specialistiche Extraospedaliere e le Visite specialistiche ed Analisi, tutte le visite e gli esami, riguardanti la stessa patologia, prescritti e autorizzati (in caso di pagamento diretto) o inviati al rimborso contemporaneamente;

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assistito l'importo garantito; Se non diversamente indicato si applica per evento.

Indennità sostitutiva: indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali 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.

Intervento chirurgico ambulatoriale: prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

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, anche in regime di degenza diurna.

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.

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assistito siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento

Malattia: ogni alterazione o disfunzione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malformazione: deviazione congenita del normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi;

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. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.previmedical.it.

Nucleo familiare: come indicato all'art. 1 "Assistiti" delle Condizioni Particolari.

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

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

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

Società: RBM Salute S.p.A.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia come previsto dal DM del 27 luglio 2000, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, Studi medici, studi fisioterapici autorizzati ed Istituti di cura, 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. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, salvo quanto indicato all'art. 4.2(visite omeopatiche). Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale.

Convenzione Rimborso Spese Mediche da Malattia e da Infortunio

Condizioni di Assicurazione

Sezione I

CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del 01/01/13, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno successivo dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE/TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La presente Convenzione ha una durata di 2 (due) anni dalle ore 00.00 del 01/01/2013 e alle ore 00.00 del 01/01/2015 senza tacito rinnovo.

Le parti, in ogni caso, si impegnano ad incontrarsi entro il 15 novembre di ciascun anno per la verifica degli andamenti tecnici.

Rimane inteso e concordato tra le Parti che con riferimento all'annualità 01.01.2014 – 01.01.2015 il livello di premio da applicare sarà determinato a partire dal rapporto S/P(1) della Convenzione in base alle seguenti regole:

- in caso di S/P uguale o inferiore al 90% si avrà il mantenimento del medesimo livello di premio previsto per il primo anno;
- in caso di S/P superiore al 90% si avrà un aumento a valere sul secondo anno (2014) di un 1% dei premi in corso per ciascuno punto di S/P superiore al 90%, con applicazione in ogni caso di un tetto massimo di aumento del 5% del livello di premio previsto per il primo anno.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

A.4 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

A.5 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

A.6 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

(1) Rapporto fra sinistri e premi di competenza riferiti al medesimo esercizio e determinati come segue:

- sinistri di competenza vengono dati dalla totalità dei sinistri pagati, riservati (OSR) ed appostati nella riserva IBNR (da determinarsi in base al tasso di completamento registrato nell'esercizio 2013). A tal fine si precisa che con il concetto di competenza si fa riferimento ai sinistri con data di accadimento compresa tra le ore 00.00 del 01/01/2013 e le ore 24.00 del 31.12 2013.
- premi di competenza, invece, si farà riferimento a tutti i premi di competenza considerando come tali l'insieme dei premi incassati nell'anno, depurati della "riserva premi" dell'esercizio successivo e maggiorati della quota di "riserva premi" dell'esercizio precedente. Con riferimento ai premi di competenza si intendono i premi relativi a rischi in copertura nel periodo compreso tra le ore 00.00 del 01/01/2013 e le ore 24.00 del 31/12/2013.

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 (e-mail).

A.7 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di due anni, a norma dell'art. 2952 c.c..

A.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato, valgono le norme di legge.

A.9 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Non applicabile in quanto la Società non richiede alcuna dichiarazione in ordine alle circostanze del rischio.

A.10 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assistito di darne avviso in caso di sinistro.

A.11 OBBLIGHI DI COMUNICAZIONE E A CARICO DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli Assistiti sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente ha l'obbligo di rendere disponibile a ciascun Assistito, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, copia delle presenti condizioni di assicurazione.

A. 12 TRASFERIMENTO DI AGENZIA E OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE

Nei casi di:

- 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 agli Assistiti anche mediante forme di comunicazione a distanza.



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

La Contraente

LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo

B.2 ESCLUSIONI

1. i ricoveri per intervento di correzione o di eliminazione della miopia, salvo quanto previsto al punto 3.5 – Miopia;
2. esami, accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici, cure dentarie, protesi dentarie, cura delle paradontopatie, cure ed interventi di ortodonzia e per disodontiasi, salvo quanto previsto al punto 4.3 “Cure dentarie”;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni);
4. 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.

5. le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
6. l'aborto volontario non terapeutico;
7. la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio;
8. tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita;
9. gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
10. visite odontoiatriche ed ortodontiche non conseguenti ad infortunio, trattamenti e visite psicologiche, visite pediatriche di controllo, le visite medico-legali;
11. check-up clinici;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

La Contraente

CONDIZIONI PARTICOLARI

ART.1 – ASSISTITI

L'assicurazione è prestata a favore del **Personale in quiescenza del gruppo Banco Popolare**, iscritto alla Cassa di Assistenza del Gruppo.

La copertura è prestata a favore del coniuge fiscalmente a carico e figli fiscalmente a carico (anche del coniuge) fino al limite di età previsto dal Decreto Legislativo n. 125 del 21 aprile 2000 e Legge Nazionale n. 236 del 1993 (attualmente 35 anni), anche non conviventi.

La copertura è, inoltre, prestata a favore dei coniugi e figli superstiti già fiscalmente a carico del dipendente defunto in servizio.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del dipendente:

- 1) al coniuge non fiscalmente a carico o al convivente “more uxorio” (quest’ultimo purché risultante dallo stato di famiglia);
- 2) ai figli fiscalmente a carico non rientranti nei privilegi di cui ai riferimenti di legge suindicati, nonchè ai figli non fiscalmente a carico purché conviventi e risultanti dallo stato di famiglia
- 3) agli altri familiari purché conviventi risultanti dallo stato di famiglia.
- 4) ai componenti del “nucleo allargato” intendendosi per tali i figli degli Iscritti che hanno lasciato il nucleo originario per formare una nuova famiglia compreso il nuovo coniuge e eventuali figli

Il coniuge, anche legalmente ed effettivamente separato, è sempre assicurabile, pur se con domicilio e/o residenza diversi dal dipendente Assistito; la copertura verrà meno nel caso in cui subentri situazione di cessazione degli effetti civili del matrimonio.

La garanzia assicurativa è valida per tutti gli Assistiti, indipendentemente dalle condizioni fisiche degli stessi e senza compilazione del questionario anamnestico.

ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati in polizza a seguito di malattia e/o infortunio il rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per le prestazioni di cui agli articoli: 3, 4,5 e 6:

ART. 3 – PRESTAZIONI OSPEDALIERE

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a)Pre-ricovero

Accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Integrazione Super: da 100 gg Standard > a 120 gg Super

b)Intervento Chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi – finalizzate queste ultime al recupero dell'autonomia dell'Assistito.

c) Assistenza durante il ricovero

Prestazioni mediche, infermieristiche e fisioterapiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, accertamenti diagnostici.

d) Rette di degenza

- Struttura convenzionata:

Nei limiti del Massimale di cui al punto 3.11, non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

- Struttura non convenzionata:

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 360,00 al giorno con integrazione del 30% in più rispetto alla retta eccedente.

Integrazione Super: da € 360,00 al giorno Standard > ad € 360,00 al giorno + 30% della retta eccedente Super.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni per anno assicurativo.

f) Assistenza infermieristica privata individuale € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni per anno assicurativo.

g) Post ricovero

Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure, anche termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Integrazione Super: da 100 gg Standard > a 120 gg Super

h) L'assistito è tenuto a segnalare preventivamente, almeno due giorni prima telefonicamente o tramite portale telematico, alla Società ogni richiesta di ricovero in strutture convenzionate con il Network.

i) La Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso opportunamente predisposto dalla Cassa, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate accompagnate dalla documentazione medica giustificativa. La procedura di accesso alle prestazioni in regime rimborsuale è dettagliata nell'Allegato 4 alla presente Polizza.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assistito all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con ambulanza se in Italia e in un raggio di 200 km, con qualunque mezzo di trasporto se in Italia ma in un raggio superiore a 200 km o qualora l'Assistito si trovi all'estero.

Il massimale assicurato corrisponde a € 1.500,00 per ricovero.

3.3 DAY HOSPITAL

Nel caso di Day-Hospital con intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" - con esclusione delle

prestazioni di cui alla lett. e) ed f) - e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

Nel caso di Day-Hospital senza intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", lett. a) "Pre-ricovero", c) "Assistenza durante il ricovero", d) "Rette di degenza", entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza durante il ricovero", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione (scoperti e franchigie vedi art. 3.13 "Modalità di Erogazione delle Prestazioni").

3.5 MIOPIA

In caso di miopia, la Società rimborsa unicamente le spese per chirurgia refrattiva e i trattamenti con laser ad eccimeri, con il massimale di € 1.200,00 per occhio (scoperti e franchigie vedi art. 3.13 "Modalità di Erogazione delle Prestazioni").

3.6 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione, il pre ed il post ricovero viene elevato a 180 giorni, vengono liquidate inoltre le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.7 PARTO

3.7.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza durante il ricovero", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

La garanzia è prestata nel limite previsto al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", con un massimale di € 7.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.7.2 PARTO NATURALE E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e di aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza durante il ricovero", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

La garanzia è prestata nel limite previsto al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", con un massimale di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.8 RIMPATRIO SALMA

In caso di decesso all'estero a seguito di infortunio o malattia, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura.

3.9 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

La Società rimborsa le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma

rimborsa inoltre le spese dentarie rese necessarie da intervento chirurgico sul massiccio facciale di bambini di età inferiore ai 10 anni. La garanzia prevede esclusivamente le cure delle patologie sopra indicate, non sono quindi comprese le spese relative agli interventi di implantologia, le protesi e le ricostruzioni dentarie.

Le spese sostenute vengono rimborsate nei limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura". La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

3.10 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa (comprese le prestazioni pre/post), avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 200 giorni per persona e per anno assicurativo, (per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi).

Integrazione Super: da 70,00 € al giorno Standard > ad € 80,00 al giorno Super – da 180 gg Standard > a 200 gg Super.

L'Assistito potrà scegliere se avere il pagamento delle spese pre e post ricovero effettuate in struttura privata/intramoenia o dell'indennità sostitutiva per l'intervento fatto in struttura pubblica.

In caso di scelta del pagamento delle spese pre e post, si precisa che l'eventuale scoperto per tali spese seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta) come indicato all'art. 3.13 "Modalità di erogazione delle prestazioni".

3.11 MASSIMALI ASSICURATI

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 200.000,00 per nucleo familiare. Tale massimale si intende raddoppiato in caso di Grande Intervento Chirurgico.

Senza i limiti previsti dalla polizza STANDARD come sotto riportato:

Relativamente ai seguenti interventi il massimo indennizzo, al netto di eventuali scoperti e/o franchigie, relativamente ai ricoveri effettuati in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società non potrà essere superiore all'importo evidenziato:

colecistectomia	Euro	6.300,00
meniscectomia o leg. Crociati	Euro	7.500,00

rimozione mezzi di sintesi	Euro	6.300,00
intervento alla spalla	Euro	6.300,00
ernia inguinale	Euro	4.500,00
Emorroidi	Euro	4.500,00
Adenotonsillectomia	Euro	4.500,00
Cataratta	Euro	2.500,00

Tali sottolimiti non si intendono validi in caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati”.

3.12 REINTEGRO MASSIMALE

E' consentito reintegrare una volta il massimale annuo con il pagamento di un premio aggiuntivo pari al costo annuo complessivo sostenuto dall'iscritto per tutti i beneficiari del suo nucleo.

Il nuovo massimale opera esclusivamente nel caso di sinistri accaduti successivamente al pagamento del premio relativo.

3.13 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

- in caso di utilizzo di **Strutture Sanitarie ordinarie** le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con applicazione di uno scoperto del 10%.
- in caso di utilizzo di **Strutture TOP** (elencate nell'allegato n. 3) le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con applicazione di uno scoperto del 30%.

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale le spese vengono rimborsate con il limite di Euro 4.000,00 senza l'applicazione di scoperti/franchigie. Anche le spese pre/post relative all'intervento ambulatoriale non sono soggette a scoperti/franchigie

Integrazione SUPER intervento chirurgico ambulatoriale limite rimborso da € 2.600,00 – STANDARD > a € 4.000,00 SUPER

Le spese previste ai seguenti punti:

- 3.1 “Ricovero in istituto di cura”:
 - lettera a) “Pre-ricovero”
 - lettera f) “Assistenza Infermieristica privata individuale”
 - lettera g) “Post-ricovero”
- 3.2 “Trasporto sanitario”;
- 3.8 “Rimpatrio della salma”

vengono rimborsate all'Assistito nei limiti previsti ai punti indicati.

Relativamente alle spese per l'Assistenza Infermieristica privata individuale, trasporto sanitario e rimpatrio salma non si applicano scoperti/franchigie.

Le suindicate franchigie /scoperti vengono applicate anche in caso di:

1. Intervento chirurgico odontoiatrico, parto cesareo, parto fisiologico e aborto terapeutico fermi i massimali ai punti indicati.
2. Intervento di miopia fermo il massimale al punto indicato.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

- in caso di utilizzo di **Strutture Sanitarie ordinarie** le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione dello scoperto del 20% con il minimo di € 800,00
- in caso di utilizzo di **Strutture TOP** (elencate nell'allegato n. 3) le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assistito con applicazione dello scoperto del 30% con il minimo di € 800,00

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale le spese vengono rimborsate con il limite di Euro 4.000,00 senza l'applicazione di scoperti/franchigie. Anche le spese pre/post relative all'intervento ambulatoriale non sono soggette a scoperti/franchigie

Intervento chirurgico ambulatoriale integrazione SUPER: " intervento chirurgico ambulatoriale limite rimborso da € 2.600,00 – STANDARD > a € 4.000,00 SUPER

Le spese previste ai seguenti punti:

3.1 "Ricovero in istituto di cura":

- lettera a) "Pre-ricovero"
- lettera f) "Assistenza Infermieristica privata individuale"
- lettera g) "Post-ricovero"

3.2 "Trasporto sanitario";

3.8 "Rimpatrio della salma"

vengono rimborsate all'Assistito nei limiti previsti ai punti indicati. Relativamente alle spese per l'Assistenza Infermieristica privata individuale, trasporto sanitario e rimpatrio salma non si applicano scoperti/franchigie.

Le suindicate franchigie /scoperti vengono applicate anche in caso di:

1. Intervento chirurgico odontoiatrico, parto cesareo, parto fisiologico e aborto terapeutico fermi i massimali ai punti indicati.
2. Intervento di miopia fermo il massimale al punto indicato.

Qualora l'Assistito fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate o le stesse risultassero distanti più di 50 Km. dal domicilio dell'Assistito, previa autorizzazione rilasciata dalla Centrale Operativa, si applicheranno le Franchigie previste al punto a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.10 "Indennità Sostitutiva". Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria (intramoenia) con relativo onere a carico dell'Assistito, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lettera b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

Si precisa che l'eventuale scoperto per le spese pre e post di un ricovero/day-hospital seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day-hospital. Per l'intervento ambulatoriale le spese pre/post verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti/franchigie nei limiti previsti.

ART. 4 – PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

4.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

Cure

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Laserterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Alta diagnostica

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Ecografia
- Elettromiografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia

- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere corredate dalla relativa diagnosi e/o sospetta patologia e prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione comunque attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia fissa di € 50,00 a carico dell'Assistito.

Nel caso in cui l'Assistito si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30 % con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per patologia o infortunio.

Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 8.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Integrazione Super: da € 7.000,00 Standard > a € 8.500,00 Super.

4.2. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, CURE E TERAPIE

A) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche non specialistiche, cioè le visite effettuate dal pediatra di base ai fini del controllo della regolarità della crescita del bambino, dei trattamenti e delle visite psicologiche, nonché delle visite ed accertamenti odontoiatrici, ortodontici e sono anche escluse le visite medico legali.

Sono inoltre comprese le visite omeopatiche ed i cicli di terapia omeopatica ad esse eventualmente collegate (compresi i medicinali); tali prestazioni vengono erogate esclusivamente in forma rimborsuale.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere corredate dalla relativa diagnosi e/o sospetta patologia e prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione comunque attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia fissa di € 50,00 a carico dell'Assistito.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per fattura.

Il minimo non indennizzabile viene applicato una sola volta per i cicli di terapia omeopatica relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio.

Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate per anno assicurativo e per nucleo familiare è comprensivo nel massimale di cui al punto 4.1 - Alta specializzazione

B) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici (Ozonoterapia, Fisioterapia, Kinesiterapia, Chiropratica, Ionoforesi, Ultrasuoni, Radar, Massoterapia, Laserterapia), prestazioni finalizzate al recupero della salute sia a fini riabilitativi che per terapia antalgica, non effettuati in centri estetici o di fitness e sempreché siano prescritti da medici e siano effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

La prestazione verrà erogata solo se fatturata da un Istituto di Cura, Studio Medico, Studio fisioterapico autorizzato, medico specialista o Centro Medico.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione uno scoperto 10% minimo non indennizzabile € 50 per singola prestazione, intendendosi per tale anche un ciclo di cure.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30% con il minimo non indennizzabile di € 150,00 per singola prestazione, intendendosi per tale anche un ciclo di cure.

Nel caso in cui l'Assistito si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito.

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, da intendersi come sottomassimale di cui al punto 4.1 - Alta specializzazione.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere corredate dalla relativa diagnosi e/o sospetta patologia e prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione comunque attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia.

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di Cura, di uno Studio Medico Studio fisioterapico autorizzato, di un medico specialista o Centro Medico. Nel caso della fattura emessa da studio medico o medico specialista, inoltre, la fattura dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi e/o sospetta patologia.

C) MEDICINALI

La Società rimborsa le spese sostenute per acquisto di medicinali prescritti dal medico curante (escluso medicinali omeopatici di cui al punto 4.2) entro i limiti previsti al punto 4.1 Alta specializzazione.

le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia fissa di € 18,00 per confezione.

D) CURE ONCOLOGICHE

Massimale Euro 30.000 per anno e per nucleo senza applicazione di nessuna franchigia

E) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa le spese sostenute per cure dentarie conseguenti a infortunio.

Ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del certificato di Pronto Soccorso relativo all'infortunio occorso.

Il massimale assicurato per anno assicurativo e per nucleo familiare rientra nel limite di cui al punto 4.1 - Alta specializzazione.

F) AMNIOCENTESI E VILLOCENTESI

La Società rimborsa le spese sostenute dall'assistito per amniocentesi e prelievo dei villi coriali nel caso in cui sussistano sospetti di malformazioni genetiche del feto per ereditarietà, per età superiore a 36 anni o per gravidanza a rischio se prescritti da medico specialista ginecologico.

Il massimale assicurato per anno assicurativo e per nucleo familiare rientra nel limite di cui al punto 4.1 - Alta specializzazione.

4.3. CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese sostenute per cure dentarie, estrazioni, protesi odontoiatriche ed ortodontiche, nonché i ticket odontoiatrici nell'ambito del SSN.

Il massimale assicurato corrisponde a € 500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di € 150,00, relativa all'insieme delle prestazioni di un medesimo evento.

Integrazione SUPER: da Massimale € 180,00 solo per otturazione dentarie STANDARD > Massimale € 500,00 per anno assicurativo e per nucleo SUPER.

4.4 PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per acquisto, riparazione e sostituzione di protesi ortopediche e acustiche quali:

- protesi e presidi ortopedici;
- cinti erniari;
- busti ortopedici curativi;
- ausili udito.

Sono inoltre comprese nella garanzia: protesi oculari, ausili fonazione, ausili a mobilità. Restano escluse: calzature a plantare, corsetteria e busti estetico/formativi.

Il massimale assicurato è di € 2.000,00 per anno e per nucleo

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per singola fattura.

4.5. LENTI E MONTATURE

La Società rimborsa le spese per lenti e occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (con esclusione delle soluzioni saline), con un massimale di € 250,00 annuo per nucleo familiare senza applicazione di franchigia.

La garanzia è operante in presenza di prima prescrizione o di modifica del visus certificata dal medico oculista, dall'optometrista o dall'ortottico.

ART. 5 PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni ambulatoriali di Pronto Soccorso conseguenti a infortunio in assenza di ricovero: applicazione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, trasporto.

Il rimborso viene effettuato nel limite di € 1.000,00 per anno assicurativo e nucleo familiare.

ART. 6 PSICOMOTRICITA'

La Società rimborsa le spese sostenute per visite neuropsichiatriche e trattamenti psicomotori finalizzati al recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, prescritti da medico psichiatra ed effettuati da fisioterapisti specializzati, entrambi se relativi ai figli degli Assistiti di età inferiore o uguale ai 16 anni (sino al compimento del 17° anno) in situazione di handicap grave che usufruiscono delle provvidenze previste dell'Art. 63 del CCNL 08/12/2007 nell'ambito di un massimale annuo di € 500,00 per ogni nucleo familiare.

ART. 7 ANTICIPO SPESE SANITARIE

Nei casi di ricovero per intervento chirurgico per il quale l'Istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde, su richiesta dell'Assistito, l'importo richiesto a tale titolo nella misura massima del 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'Assistito, unitamente alla richiesta di corresponsione dell'anticipo, dovrà produrre idonea documentazione medica ai fini della valutazione dell'operatività della garanzia.

ART. 8 MODALITA' DI ASSISTENZA

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità.

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assistito di darne avviso in caso di sinistro, come previsto all'art. A.10.

Pertanto, 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.

8.1 ASSISTENZA INDIRECTA

La Società indennizza a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia delle fatture o notule La Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso opportunamente predisposto dalla Cassa, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate accompagnate dalla documentazione medica giustificativa. La procedura di accesso alle prestazioni in regime rimborsuale è dettagliata nell'Allegato 4.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito o ad un familiare beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere corredate dalla relativa diagnosi e/o sospetta patologia e prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione comunque attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia.

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di cura, di uno studio medico o Studio Fisioterapico autorizzato, di un medico specialista. Nel caso della fattura emessa da studio medico, studio fisioterapico autorizzato, medico specialista o Centro Medico, inoltre, la fattura dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi e/o sospetta patologia.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo.

In caso di più ricoveri per la medesima patologia effettuati a breve distanza di tempo, la Società può richiedere per le degenze successive al primo ricovero una relazione clinica specialistica che li giustifichi.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta Euro: per le spese sostenute in valute diverse dall'Euro, il rimborso avverrà al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi/Banca d'Italia.

8.2 ASSISTENZA DIRETTA

La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni ricevute dall'Assistito a termini e limiti di Polizza presso le strutture convenzionate appartenenti al Network di Previmedical S.p.A., fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico dell'Assistito

In caso di prestazione mista, ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società non provvederà al pagamento diretto ma solo alla successiva liquidazione in forma rimborsuale. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza.

Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui all'Art 4 "Prestazioni Extraospedaliere".

"La procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è dettagliata nell'Allegato 4 alla presente Polizza".

ART. 9 LIVELLI DI SERVIZIO MINIMI GARANTITI E PENALE

RBM Salute ritiene che il servizio sia una delle componenti essenziali per garantire una copertura di qualità e per gestire correttamente i rischi assunti. Per questo motivo la Società ha elaborato una griglia – sotto riportata – che illustra il livello di servizio che sarà garantito contrattualmente alla Cassa.

Attività	Tempi massimi di svolgimento dell'attività	Tempi medi di svolgimento dell'attività
1) AREA DI SERVIZIO RIMBORSI		
MESSA IN PAGAMENTO DEL RIMBORSO	20 GG. DI CALENDARIO	15 GG. DI CALENDARIO
2) AREA DI SERVIZIO ASSISTENZA DIRETTA		
GARANZIA DI PRESA IN CARICO DELLA RICHIESTA	ENTRO 48 H PREAVVISO	ENTRO 24 H PREAVVISO
MESSAGGIO BENVENUTO CALL CENTER	ENTRO 1 SECONDO	ENTRO 1 SECONDO
TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA	90% IN 70 SECONDI	95% IN 35 SECONDI
TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA MAILING	48 H	24 H
PROBLEM SOLVING 1° LIVELLO ASSISTENZA	ENTRO 6 H	IMMEDIATO

PROBLEM SOLVING II° LIVELLO ASSISTENZA	ENTRO 12 H	ENTRO 4 H
PROBLEM SOLVING III° LIVELLO ASSISTENZA	ENTRO 24 H	ENTRO 8 H
3) AREA DI SERVIZIO BUSINESS CONTINUITY		
RICOSTRUZIONE DATI E PROCEDURE (SITO REMOTO)	ENTRO 48 H EVENTO	ENTRO 24 H EVENTO
PIENA RIPRESA FUNZIONALITA'	ENTRO 72 H EVENTO	ENTRO 48 H EVENTO

Al fine di garantire un collegamento diretto tra qualità del servizio messa a disposizione e costo delle coperture, RBM Salute ha ritenuto di proporre l'inserimento di una penale a presidio del livello di servizio di maggior rilievo contenuto nella tabella che precede. Pertanto, con riferimento alla gestione dei rimborsi è stata introdotta una penale in favore dell'Assistito pari a 0,025% del rimborso spettante per le prestazioni ospedaliere e a 0,05% del rimborso spettante per le prestazioni extraospedaliere per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per la liquidazione delle pratiche (20 giorni di calendario). Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assistito.

Si precisa che il predetto meccanismo di applicazione di monitoraggio della qualità del servizio ed eventuale applicazione delle penali potrà trovare applicazione solo alla fine del primo periodo transitorio di start up dei nuovi servizi. A tal fine le RBM Salute propone di identificare come periodo di non applicazione delle penali 1 - 31 gennaio 2013 (c.d. "grace period") al fine di poter provvedere ad un'opportuna taratura dei processi gestionali che presiedono all'operatività dei Piani Sanitari.

ART. 10 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso,

dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove 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 delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Ove non si ricorra al collegio arbitrale, rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ART. 11 PREMI E REGOLAZIONI

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi e saranno riferiti alla data di decorrenza della polizza:

a) iscritti e familiari carico

da STANDARD € 741,00 a - > SUPER € 1.588,00 per nucleo

b) familiari non a carico

da STANDARD € 529,00 a - > SUPER € 941,00 pro capite

Il 50% del premio dovrà essere pagato entro il 28 febbraio, ad eccezione dell'anno 2013 in cui il versamento potrà avvenire entro il 31 marzo. Il residuo 50% dovrà essere saldato non appena effettuato il completamento anagrafico e comunque entro il 30 giugno.

Resta convenuto che alla scadenza dell'annualità verrà effettuata la regolazione del premio in base al numero effettivo degli Assistiti. La regolazione annuale sarà entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

La Contraente si impegna ad esibire la documentazione necessaria alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

La differenza di premio risultante dalla regolazione dovrà essere versata entro 30 giorni dalla data della comunicazione della Società.

ART. 12 INCLUSIONI ED ESCLUSIONI

Per i neo pensionati si conviene fra le parti che la garanzia avrà effetto dall'anno assicurativo successivo a quello di passaggio allo status di ex-dipendente, fatto salvo il caso dei neo pensionati a decorrenza da gennaio di ciascun anno, per i quali la garanzia avrà effetto dall'anno stesso.

L'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate", in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante apposita comunicazione alla Cassa. Se la comunicazione viene fatta alla Società entro 30 giorni dalla variazione, la garanzia decorrerà dalla data di certificazione della variazione sullo stato di famiglia; in caso contrario decorrerà dal primo giorno del mese di comunicazione alla Società.

Ai soli fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno verrà corrisposto il 60% del premio annuo.

Decesso dell'ex dipendente.

Nel caso di decesso dell'ex-dipendente gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva e pertanto non si provvederà alla restituzione dell'eventuale premio.

Sezione II

ART. 1 SERVIZI (validità territoriale Italia)

1. Servizio di 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 avviando 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. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti 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 però di tariffe comunque convenzionate.

3. GESTIONE APPUNTAMENTO

Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assistito, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

4. 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.



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

La Contraente

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

Punto A.1 Effetto dell'Assicurazione
Punto A.2 Durata dell'Assicurazione/Tacita proroga
Punto A.5 Foro competente
Punto B. 2 Esclusioni
Art.8 Modalità di assistenza
Art.11 Premi e Regolazioni

La Contraente

ALLEGATO 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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 sul plesso brachiale

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale 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 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 arteria 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
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (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 echinococchi epatici
- Resezioni 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
- Cistoprostatovesicolecetomia
- 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

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALLEGATO 2: Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie

Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A) Ricovero con/senza intervento, Day Hospital, Interventi chirurgici Odontoiatrici Massimale Massimale Grandi Interventi Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - diretta <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Strutture ordinarie <input type="checkbox"/> Strutture "TOP" (allegato 3) - rimborso / misto <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Strutture ordinarie <input type="checkbox"/> Strutture "TOP" (allegato 3) 	€ 200.000 raddoppio del massimale Ricoveri scoperto 10% scoperto 30% scoperto 20% minimo € 800 scoperto 30% minimo € 800
Limite retta di degenza <ul style="list-style-type: none"> - diretta - rimborso 	al 100% limite € 360 al giorno + 30% dell'eccedenza
Accompagnatore <ul style="list-style-type: none"> Diretta Rimborso 	Escluso per Day Hospital al 100% € 50 al giorno per un massimo di 100 giorni
Assistenza infermieristica privata individuale	escluso per DH, Int. Ambulatoriale; Parto/Aborto - € 50 al giorno per un massimo di 100 gg
Pre/post (*)	120 / 120 giorni (in caso di Trapianto 180 / 180 giorni) Post escluse per DH senza intervento
Trasporto sanitario	escluso per DH senza intervento - € 1.500 per ricovero
Sub massimali (*) <ul style="list-style-type: none"> - Interventi Ambulatoriali - Parto Naturale ed Aborto terapeutico - Parto Cesareo - Correzione Miopia Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - diretta - rimborso 	€ 4.000 (<u>non sono previsti scoperti/franchigie</u>) € 4.000 € 7.000 € 1.200 per occhio come previsto al punto A) Ricoveri come previsto al punto A) Ricoveri
Rimpatrio Salma	entro il massimale A – Ricoveri
Indennità sostitutiva Pre/post	€ 80 al giorno massimo 200 giorni Anno/Persona in alternativa all'indennità: 120 / 120 giorni

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B) Alta Specializzazione Massimale Condizioni: <div>- diretta</div> <div>- rimborso</div> Ticket	€ 8.500 franchigia fissa € 50 per prestazione/fattura scoperto 30% minimo € 60 per prestazione al 100%
C) Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, cure e terapie 1) Visite Specialistiche / Accertam. Diagnostici Massimale Condizioni: <div>- diretta</div> <div>- rimborso</div> Ticket	visite omeopatiche ed i cicli di terapia omeopatica (compresi i medicinali) <i>SOLO in forma rimborsuale</i> entro il massimale B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 50 per prestazione/fattura scoperto 30% minimo € 60 per prestazione (minimo applicato una sola volta per i cicli di terapia omeopatica relativi ad una medesima patologia/infortunio) al 100%
2) Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi Massimale Condizioni: <div>- diretta</div> <div>- rimborso</div> Ticket	sub-massimale € 1.500 entro il massimale di B-Alta Specializzazione scoperto 10% minimo € 50 per ciclo di cure scoperto 30% minimo € 150 per ciclo di cure al 100%
3) Medicinali Massimale Condizioni:	entro il massimale B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 18 per confezione
4) Cure oncologiche Massimale Condizioni:	€ 30.000 al 100%
5) Cure dentarie da Infortunio Massimale Condizioni:	entro il massimale B-Alta Specializzazione come garanzia B-Alta Specializzazione
6) Amniocentesi e Villocentesi Massimale Condizioni:	entro il massimale B-Alta Specializzazione come garanzia B-Alta Specializzazione
D) Cure dentarie da Malattia Massimale Condizioni:	€ 500 franchigia fissa € 150 per evento
E) Protesi ortopediche/acustiche Massimale Condizioni:	€ 2.000 scoperto 20% minimo € 100 per singola fattura
F) Lenti/ montature Massimale Condizioni:	€ 250 al 100%
G) Prestazioni di Pronto Soccorso Massimale Condizioni:	€ 1.000 al 100%

H) Psicomotricità Massimale Condizioni:	€ 500 al 100%
--	------------------

(*): le condizioni di ricovero si applicano anche alle prestazioni con sub massimali e limiti salvo quanto espressamente indicato. Per l'intervento ambulatoriale le spese pre/post verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti/franchigie nei limiti previsti.

N.B. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

ALLEGATO 3: Lista delle Strutture "TOP"

ROMA

- Casa di Cura Paideia SPA

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SI
Sedi, via, contatti	VIA TIBERIO 46 00191-ROMA 06-330941

- Casa di Cura Mater Dei SPA

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SI
Sedi, via, contatti	VIA BERTOLONI 34 00197-ROMA CUP 06-802206060

- Casa di Cura Quisisana

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SI
Sedi, via, contatti	VIA G. PORRO 5 00197-ROMA 06-80958337 ref. GIORGI GIULIANA

- Casa di Cura Villa Stuart

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SI
Sedi, via, contatti	VIA TRIONFALE 5952 00136-ROMA 06-35528200 visite; 06-35528330 ricoveri;

- Casa di Cura Privata Villa Mafalda

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SI
Sedi, via, contatti	VIA MONTE DELLE GIOIE 5 00199-ROMA 06-86094674

- Casa di Cura Villa Flaminia (nuova ragione sociale ARS BIOMEDICA PROGETTO SALUTE)

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SI
Sedi, via, contatti	VIA LUIGI BODIO 58 00191-ROMA 06-3614941

- Rome American Hospital SRL

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SI
Sedi, via, contatti	VIA EMILIO LONGONI 69 00155-ROMA 06-2255440; 06-2255290

MILANO

- Casa di Cura La Madonnina SPA

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SOLO OSPEDALIERE (a breve la convenzione sarà estesa anche alle EXTRAOSPEDALIERE)
Sedi, via, contatti	VIA QUADRONNO 29-31 20122-MILANO 02-58395251 02-58395252 02-58395253

- Istituto Europeo di Oncologia

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SI
Sedi, via, contatti	VIA RIPAMONTI 435 VIA SAN LUCA 8 20141- MILANO 02-57489756; 02-57489001

- Ospedale San Raffaele SRL

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SI
Sedi, via, contatti	VIA OLGETTINA 60 20132-MILANO 02-26432800 accettazione Ricoveri; 02-26432697 accettazione prestazioni ambulatoriali

- Humanitas Mirasole SPA (Istituto Clinico Humanitas)

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SI
Sedi, via, contatti	VIA MANZONI 56 20089-ROZZANO (MI) 02-82246250 (ricoveri); 02-82248224 (prenotazioni ambulatoriali)

TORINO

- Clinica Santa Caterina

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SI
Sedi, via, contatti	VIA VILLA DELLA REGINA 19 10131-TORINO 011-8199201//011-8199200

NOVARA

- I Cedri SPA

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SI
Sedi, via, contatti	LARGO DON GUANELLA 1 28073-FARA NOVARESE (NO) 0321-818111;

- Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità di Novara (SOLO Intramoenia)

Tipologia struttura	Casa di Cura
Erogazione prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere	SOLO PRESTAZIONI OSPEDALIERE
Sedi, via, contatti	CORSO MAZZINI 18 28100- NOVARA 0321-3731;

ALLEGATO 4

GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE - REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E RIMBORSUALE -

La Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare (CASPOP), di seguito la Cassa, è una associazione senza scopo di lucro che persegue lo scopo di garantire ai propri Associati trattamenti sanitari integrativi e/o sostitutivi/migliorativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Tale finalità viene perseguita rendendo disponibile agli Associati **due regimi di erogazione**:

- a) **assistenza sanitaria diretta**: è riconosciuta agli Associati la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile dalla Cassa tramite Previmedical S.p.A., società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate da parte di Previmedical dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'iscritto alla Cassa, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a carico dell'Associato; qualora l'Associato 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**), si procederà alla liquidazione in forma rimborsuale come sotto descritto. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti dal Piano Sanitario;
- b) **assistenza sanitaria rimborsuale**: è riconosciuto agli Associati 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 dall'opzione sanitaria di riferimento.

Non sono ammesse prestazioni eseguite presso gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché 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.

L'Assistito, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa (comprese le prestazioni pre/post), avrà diritto a un'indennità per ogni giorno di ricovero con pernottamento, nei termini previsti dal Piano Sanitario.

L'Assistito potrà scegliere se avere il pagamento delle spese pre e post ricovero effettuate in struttura privata/intramoenia o dell'indennità sostitutiva per l'intervento fatto in struttura pubblica.

In caso di scelta del pagamento delle spese pre e post, si precisa che l'eventuale scoperto per tali spese seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta) come indicato all'articolo "Modalità di erogazione delle prestazioni" (art. 3.13).

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 medici o di professionisti forniti di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia come previsto dal DM del 27 luglio 2000. Dette prestazioni devono essere effettuate esclusivamente presso Centri medici, Studi medici, Studi fisioterapici autorizzati ed Istituti di cura.

La presente guida fornisce le indicazioni all'Associato circa l'accesso alle prestazioni sia in regime di assistenza in forma diretta che rimborsuale, fornendo in dettaglio i passaggi procedurali da seguire.

In ogni caso, tutte le informazioni sono costantemente aggiornate anche sul sito internet www.welfare.bancopopolare.it

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. B)

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

Segnaliamo altresì che è possibile usufruire gratuitamente del 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. In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle seguenti attività:

- a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- b) eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- c) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- d) eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § II, lett. D), "SEGUI LA TUA PRATICA".

Infine, è data l'opportunità agli Associati, 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**

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Associato **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** di Previmedical S.p.A., quale Service Amministrativo della Cassa, 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'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.

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

- **800.90.14.19** da telefono fisso (numero verde)
- **199.28.09.85** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata)
- **+ 39 0422.17.44.111** dall'Estero

L'autorizzazione va richiesta alla centrale operativa con almeno un preavviso di 48 ore dalla data appuntamento.

La centrale Operativa provvederà a riscontrare l'esito della valutazione all'Assistito entro le 24 ore dalla data appuntamento.

Nell'eventualità in cui l'Assistito, a fronte di una prestazione di ricovero, si attivasse con una tempistica superiore al termine di preavviso delle 48 ore dalla data di appuntamento, potrà avere un riscontro dell'autorizzazione, previa valutazione della Compagnia, entro le 48 ore dalla data della richiesta.

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

L'Associato 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;
- data della prestazione.

L'Associato **dovrà altresì trasmettere via fax (0422.17.44.611) o via mail all'indirizzo assistenza.cpo@previmedical.it** la prescrizione medica con i seguenti elementi:

- prescrizione della prestazione da effettuare **La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia;**
- 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. Qualora il referto di Pronto Soccorso non sia disponibile, sarà data all'Assistito la possibilità di presentare come documentazione alternativa un'ideale certificazione medico-specialistica dalla quale possa risultare di pronto riscontro la portata e l'entità del trauma subito. Sarà comunque valutata la congruità della documentazione presentata da parte della Società.

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Associato solo dopo aver verificato 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'opzione sanitaria di riferimento dell'Associato , i massimali residui, etc.).

Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui all'articolo "Prestazioni Extraospedaliere".

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.

L'Associato deve comunicare tempestivamente 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 Richiesta autorizzazione Online

L'iscritto, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la richiesta di autorizzazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.welfare.bancopopolare.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

L' Associato iscritto deve selezionare l'Iscritto/Beneficiario 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'iscritto 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'iscritto 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'iscritto potrà visualizzare l'elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte della rete, 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'Associato , premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di autorizzazione.

L'autorizzazione Online va richiesta alla centrale operativa con almeno un preavviso di 48 ore dalla data appuntamento.

La centrale Operativa provvederà a riscontrare l'esito della valutazione all'Assistito entro le 24 ore dalla data appuntamento.

Nell'eventualità in cui l'Assistito, a fronte di una prestazione di ricovero, si attivasse con una tempistica superiore al termine di preavviso delle 48 ore dalla data di appuntamento, potrà avere un riscontro dell'autorizzazione, previa valutazione della Compagnia, entro le 48 ore dalla data della richiesta.

A.1.3 Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria

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.

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 **(0422.17.44.611)** o via mail all'indirizzo assistenza.cpo@previmedical.it 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 di Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Qualora il referto di Pronto Soccorso non sia disponibile, sarà data all'Assistito la possibilità di presentare come documentazione alternativa un'idonea certificazione medico-specialistica dalla quale possa risultare di pronto riscontro la portata e l'entità del trauma subito. Da parte della Società sarà comunque valutata la congruità della documentazione presentata .

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.

Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Associato potrà richiedere l'autorizzazione **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero** e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Associato 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'Associato sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

A1.4 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.

A.2 La prenotazione

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo A.1.1, 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 fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata.



Dopo il ricovero/intervento chirurgico

A prestazione avvenuta, l'Associato 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..

B) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

Prima di ricevere la prestazione

B.1.1 L'Autorizzazione

Prima di ricevere le prestazioni, 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.

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

- **800.90.14.19** da telefono fisso (numero verde)
- **199.28.09.85** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata)
- **+ 39 0422.17.44.111** dall'Estero.

L'autorizzazione va richiesta alla centrale operativa con almeno un preavviso di 48 ore dalla data appuntamento.

La Centrale Operativa provvederà a riscontrare l'esito della valutazione all'Assistito entro le 24 ore dalla data appuntamento.

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

L'Associato 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
- data della prestazione

- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico. La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia;

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 la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall'Associato (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nell'opzione sanitaria di riferimento dell'Associato , i massimali residui, etc.). In caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

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

L'Associato, 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'Associato in regime di assistenza diretta, 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'Associato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.

L'Associato deve comunicare tempestivamente 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 Richiesta autorizzazione Online

L'Associato, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.welfare.bancopopolare.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

L'Associato deve selezionare l'Iscritto/Beneficiario 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'Associato 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'Associato 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'Associato 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'Associato, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di autorizzazione.

L'autorizzazione Online va richiesta alla centrale operativa con almeno un preavviso di 48 ore dalla data appuntamento.

La centrale Operativa provvederà a riscontrare l'esito della valutazione all'Assistito entro le 24 ore dalla data appuntamento.

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 (**0422.17.44.611**) o mail all'indirizzo assistenza.cpo@previmedical.it 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;

- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, ai fini di una corretta valutazione assuntiva e liquidativa. 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).

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.

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.

B1.4 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.

B.2 La prenotazione

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo B.1.1, 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 fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata.

Dopo aver ricevuto la prestazione

A prestazione avvenuta, l'Associato 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 dall'opzione sanitaria di riferimento).

II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

A.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Qualora l'Associato riceva delle prestazioni presso strutture da lui individuate, potrà richiedere il rimborso delle spese sostenute, nei limiti prestabiliti dall'opzione sanitaria di riferimento.

Per ottenere il rimborso, l'Associato, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet www.welfare.bancopopolare.it, compilandolo in ogni sua parte, ed allegare 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). Qualora il referto di Pronto Soccorso non sia disponibile, sarà data all'Assistito la possibilità di presentare come documentazione alternativa un'idonea certificazione medico-specialistica dalla quale possa risultare di pronto riscontro la portata e l'entità del trauma subito. Sarà comunque valutata la congruità della documentazione presentata da parte della Società.
- La prescrizione deve essere stata predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore abbia anche erogato le prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia;
- 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;
 - d) **certificato del medico oculista**, optometrista o ortottico attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti e occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (con esclusione delle soluzioni saline), Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti;
 - e) **ove fosse necessario**, ai fini di una corretta valutazione, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione integrativa.
- **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da uno Studio Medico o Studio Fisioterapico autorizzato, di un medico specialista, 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 e redatta in lingua italiana, eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso, la Società si riserva la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Qualora l'Associato 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'Associato è calcolata con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

A.2 RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet www.welfare.bancopopolare.it 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 entro i termini previsti dalla Normativa di Legge:

**RBM Salute S.p.A., Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A
via Enrico Forlanini, 24
31022 Borgo Verde - Preganziol (TV)**

Oppure

**RBM Salute S.p.A., Ufficio Liquidazioni c/o Previmedical S.p.A
c/o Area Affari Treviso, Banco Popolare
Direzione Territoriale BPV**

Per richiedere informazioni di natura liquidativa, l'Associato dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800.90.14.19** da telefono fisso (numero verde)
- **199.28.09.85** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata)
- **+ 39 0422.17.44.111** dall'Estero

B) LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera A), l'Associato potrà **trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa**. A tal fine l'Associato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.welfare.bancopopolare.it (AREA ISCRITTO).

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. Previmedical/RBM Salute si riservano 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.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (protocollo SSL a 128 bit).

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 § II, lett. A).

C) LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria area riservata dal sito internet della Cassa www.welfare.bancopopolare.it (AREA ISCRITTO), l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, per ogni rimborso effettuato nei cinque anni precedenti, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

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

D) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

Per usufruire del servizio **"SEGUI LA TUA PRATICA"**, l'Associato deve semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Associato riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Associato riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di 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).

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, eventualmente anche sensibili ⁽¹⁾, 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⁽²⁾, – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi.

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali e/o ricerche di mercato

In caso di Suo consenso i Suoi dati potranno essere utilizzati al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche e 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.

Modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali

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, 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⁽⁴⁾. 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⁽⁵⁾

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 l'esercizio dei suoi diritti ai sensi dell'art.7 del Codice 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 designato per il riscontro all'interessato inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'ufficio privacy 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, come previsto dal precedente paragrafo 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 e/o ricerche di mercato, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo 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)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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 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).

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
E-Mail: direzionecommerciale@rbmsalute.it
Sede Secondaria
Via Nino Bixio, 31 - 20129 Milano
Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702
Internet: www.rbmsalute.it - E-Mail: 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. 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).



Appendice n. 4 al Fascicolo Informativo MOD.AP FI0059-01/2013 Convenzione n. 100179 SUPER

Contraente	CASSA DI ASSISTENZA DEL GRUPPO BANCO POPOLARE
Associato	PERSONALE IN QUIESCENZA PRESSO IL GRUPPO BANCO BPM
Data effetto	ore 00.00 01/01/2017

Di comune accordo tra le Parti si stabilisce di modificare ed integrare il Fascicolo Informativo in essere come di seguito specificato:

➤ **L'Art. A1. "Informazioni generali"** della nota informativa si intende modificato come segue:

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

Recapito telefonico: 0422 062700, sito internet: www.rbmsalute.it, indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

➤ **L'Art. A2. "Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa"**¹ della nota informativa si intende modificato come segue:

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2015

Patrimonio netto:	€ 68.231.497
di cui - capitale sociale:	€ 40.000.000
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 13.990.048
Indice di solvibilità ^[1] :	204%

¹ I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato

^[1] 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.

➤ **Il Glossario** della Nota informativa si intende modificato come segue:

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia (o massofisioterapista diplomato anteriormente all'istituzione dei corsi di laurea in fisioterapia e cioè entro il 17 marzo 1999) o titolo equivalente riconosciuto in Italia come previsto dal DM del 27 luglio 2000, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, Studi medici, Istituti di cura, studi fisioterapici autorizzati o da professionisti come sopra identificati, 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. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

- A parziale modifica di quanto previsto all'art. **A.2 delle Condizioni Generali – Sezione I (DURATA DELL'ASSICURAZIONE/TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE)** si intende riformulato come segue: "La presente Convenzione è rinnovata per due anni con decorrenza dalle ore 00.00 del 01.01.2017 alle ore 00.00 del 01.01.2019". In ogni caso rimane inteso fra le Parti che la CasPop avrà la facoltà di risolvere anticipatamente la convenzione al termine della prima annualità qualora entro le ore 24.00 del 31.12.2017 sia stata costituita e venga resa operativa una nuova Cassa di Assistenza di Gruppo. Al verificarsi di tali ipotesi la disdetta dovrà essere inviata con lettera raccomandata almeno novanta (90) giorni prima della scadenza stessa".

- **All'art. 4.2. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, CURE E TERAPIE**, il punto **B) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI** i primi due capoversi si intendono così modificati:

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici (Ozonoterapia, Fisioterapia, Kinesiterapia, Chiropratica, Ionoforesi, Ultrasuoni, Radar, Massoterapia, Laserterapia), prestazioni finalizzate al recupero della salute sia a fini riabilitativi che per terapia antalgica, non effettuati in centri estetici o di fitness e sempreché siano prescritti da medici e siano effettuati da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia (o massofisioterapista diplomato anteriormente all'istituzione dei corsi di laurea in fisioterapia e cioè entro il 17 marzo 1999) o titolo equivalente riconosciuto in Italia come previsto dal DM del 27 luglio 2000, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, Studi medici, Istituti di cura, studi fisioterapici autorizzati o da professionisti come sopra identificati, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa o documentato unitamente alla richiesta di rimborso.

La prestazione verrà erogata solo se fatturata da un Istituto di Cura, Studio Medico, Studio fisioterapico autorizzato medico specialista, Centro Medico o da professionista come sopra identificato.

- A parziale modifica di quanto previsto all'art. **3.13 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI lettera a) - art. 3 PRESTAZIONI OSPEDALIERE** - delle Condizioni Particolari – Sezione I:
 - in caso di utilizzo di **Strutture Sanitarie ordinarie** le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con applicazione di uno scoperto del **5%**.
- A parziale modifica di quanto previsto all'art. **4.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE – art. 4 PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE** - delle Condizioni Particolari – Sezione I:
 - nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia fissa di **€ 35,00** a carico dell'Assistito.
- A parziale modifica di quanto previsto all'art. **4.2 A) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI – art. 4 PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE** - delle Condizioni Particolari – Sezione I:
 - nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia fissa di **€ 35,00** a carico dell'Assistito
- **L'art. 8.2 ASSISTENZA DIRETTA – art. 8 MODALITA' DI ASSISTENZA** - delle Condizioni Particolari – Sezione I si intende così sostituito:

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network di Previmedical e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore, 24 ore in caso di urgenza certificata. La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni ricevute dall'Assistito a termini e limiti di Polizza fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico dell'Assistito.

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

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 di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, 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 prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

Nei casi di ricovero urgente di comprovata gravità, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione successivamente all'erogazione della prestazione e comunque entro un termine massimo di 5 giorni dall'inizio del ricovero e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. In tal caso, l'urgenza e la gravità della prestazione dovranno essere comprovate da idonea documentazione rilasciata dalla struttura sanitaria, attestante il carattere di urgenza del ricovero.

Si precisa che, ferma la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa in caso di ricovero / Day Hospital con o senza intervento, la prenotazione presso le Strutture Ospedaliere dovrà essere effettuata unicamente dalla Centrale Operativa.

In caso di prestazione mista, ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società non provvederà al pagamento diretto ma solo alla successiva liquidazione in forma rimborsuale. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza.

Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui all'Art 4 "Prestazioni Extraospedaliere".

"La procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, e rimborsuale è dettagliata nell'Allegato 4 alla presente Polizza".

➤ **L'art. 9 LIVELLI DI SERVIZIO MINIMI GARANTITI E PENALE** si intende così sostituito:

9.1 LIVELLI DI SERVIZIO

RBM Salute ritiene che il servizio sia una delle componenti essenziali per garantire una copertura di qualità e per gestire correttamente i rischi assunti. Per questo motivo la Società ha elaborato una griglia – sotto riportata – che illustra il livello di servizio che sarà garantito contrattualmente alla Cassa.

Attività	Tempi massimi di svolgimento dell'attività	Tempi medi di svolgimento dell'attività
1) AREA DI SERVIZIO RIMBORSI		
MESSA IN PAGAMENTO DEL RIMBORSO	20 GG. DI CALENDARIO	15 GG. DI CALENDARIO

2) AREA DI SERVIZIO ASSISTENZA DIRETTA

GARANZIA DI PRESA IN CARICO DELLA RICHIESTA	ENTRO 48 H PREAVVISO	ENTRO 24 H PREAVVISO
MESSAGGIO BENVENUTO CALL CENTER	ENTRO 1 SECONDO	ENTRO 1 SECONDO
TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA	90% IN 70 SECONDI	95% IN 35 SECONDI
TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA MAILING	48 H	24 H
PROBLEM SOLVING I° LIVELLO ASSISTENZA	ENTRO 6 H	IMMEDIATO
PROBLEM SOLVING II° LIVELLO ASSISTENZA	ENTRO 12 H	ENTRO 4 H
PROBLEM SOLVING III° LIVELLO ASSISTENZA	ENTRO 24 H	ENTRO 8 H

3) AREA DI SERVIZIO BUSINESS CONTINUITY

RICOSTRUZIONE DATI E PROCEDURE (SITO REMOTO)	ENTRO 48 H EVENTO	ENTRO 24 H EVENTO
PIENA RIPRESA FUNZIONALITA'	ENTRO 72 H EVENTO	ENTRO 48 H EVENTO

Relativamente ai tempi massimi di liquidazione dei rimborsi, si precisa che i 20 giorni di calendario decorrono dalla data di arrivo della richiesta di rimborso in Previmedical (data protocollo) alla data di

liquidazione (chiusura pratica) della stessa. I tempi bancari si intendono esclusi. Il termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

I 20 giorni si intendono elevati a 40 giorni limitatamente alle pratiche complesse come ricoveri o cicli di cura e dove sia presente la cartella clinica, per le quali le stesse risultino in consulenza medica.

9.2 PENALI

Al fine di garantire un collegamento diretto tra qualità del servizio messa a disposizione e costo delle coperture, RBM Salute ha ritenuto di proporre l'inserimento di una penale a presidio dei livelli di servizio relativi sia ai rimborsi che alle prese in carico dirette, contenuti nella tabella che precede.

Pertanto, sono state introdotte le seguenti penali in favore dell'Assistito come di seguito indicato:

A) Gestione dei rimborsi :

- Prestazioni ospedaliere : 0,025% dell'ammontare del rimborso spettante per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per la liquidazione delle pratiche (20 giorni di calendario salvo il caso di consulenza medica). Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assistito.
- Prestazioni extraospedaliere: a 0,05% dell'ammontare del rimborso spettante per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per la liquidazione delle pratiche (20 giorni di calendario). Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assistito.

Nota Bene: Il rimborso si intende concluso nel giorno della data liquidazione da parte della Compagnia (data chiusura pratica). I tempi bancari per l'accredito dell'importo rimborsato non rientrano nel livello di servizio garantito dalla Compagnia. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assistito penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

B) Gestione delle prese in carico dirette:

- Prestazioni ospedaliere : 0,025% dell'ammontare del pagamento diretto **per ogni ora di ritardo** successiva al tempo massimo previsto per l'esito della valutazione all'assistito della presa in carico da parte della Centrale operativa (**tempo massimo previsto 48 ore**). Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società, con distinta evidenza per l'Assistito.
- Prestazioni extraospedaliere:
 - A) 0,10% dell'ammontare del pagamento diretto fino a € 1.000
 - B) 0,07% dell'ammontare del pagamento diretto compreso tra € 1.000 e € 5.000
 - C) 0,05% dell'ammontare del pagamento diretto oltre € 5.000**per ogni ora di ritardo** successiva al tempo massimo previsto per l'esito della valutazione all'assistito della presa in carico da parte della Centrale operativa (**tempo massimo previsto 48 ore**). Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società, con distinta evidenza per l'Assistito.

Nota Bene: Le predette penali non troveranno applicazione qualora l'assistito non abbia fornito entro 48 ore dall'appuntamento tutta la documentazione necessaria richiesta dalla Centrale Operativa. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assistito penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

Si precisa inoltre che il predetto sistema di penali troverà immediata applicazione a decorrere dal primo giorno di rinnovata copertura.

Esempi applicazione penali in caso di dirette:

ESEMPIO OSPEDALIERE:

Caso1:

Data esito della valutazione della presa in carico: 48 ore prima della data dell'appuntamento

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 9.000,00;

Penale in favore dell'Assistito: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto il riscontro è avvenuto entro il tempo massimo previsto (48 ore).

Caso2:

Data esito della valutazione della presa in carico: 44 ore prima della data dell'appuntamento

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 9.000,00;

Penale in favore dell'Assistito: nonostante l'esito risulti con 4 ore di ritardo rispetto al tempo massimo previsto, non sarà riconosciuta alcuna penale essendo la stessa pari a € 9 complessivi e pertanto inferiore ad € 10,00.

Caso3:

Data esito della valutazione della presa in carico: 12 ore prima della data dell'appuntamento

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 9.000,00;

Penale in favore dell'Assistito: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 81,00 in quanto l'esito della valutazione risulta con 36 ore di ritardo rispetto al tempo massimo previsto.

ESEMPIO EXTRAOSPEDALIERE su importi inferiori a € 1.000:

Caso1:

Data esito della valutazione della presa in carico: 48 ore prima della data dell'appuntamento

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 350,00;

Penale in favore dell'Assistito: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto il riscontro è avvenuto entro il tempo massimo previsto (48 ore).

Caso2:

Data esito della valutazione della presa in carico: 44 ore prima della data dell'appuntamento

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 350,00;

Penale in favore dell'Assistito: nonostante l'esito risulti con 4 ore di ritardo rispetto al tempo massimo previsto, non sarà riconosciuta alcuna penale essendo la stessa pari a € 1,40 complessivi e pertanto inferiore ad € 10,00.

Caso 3:

Data esito della valutazione della presa in carico: 12 ore prima della data dell'appuntamento
Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 350,00;
Penale in favore dell'Assistito: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 12,60 in quanto l'esito della valutazione risulta con 36 ore di ritardo rispetto al tempo massimo previsto.

- **L'Art. 11** delle Condizioni Particolari – Sezione I **PREMI E REGOLAZIONI** si intende integrato/modificato come segue:

I premi annui indicati alle lettere a) e b), sia per la prima che per la seconda annualità, saranno ridotti nella misura del **-1,50%** rispetto ai premi in corso nell'annualità 2016 come segue:

- | | | |
|---|---|---------------------|
| a) dipendente e coniuge/figli fiscalmente a carico fino a 35 anni | € | 1.699,00 per nucleo |
| b) familiare non a carico | € | 1.008,00 pro capite |

Sarà facoltà della CasPop indicare le modalità di ripartizione del predetto aumento fra le diverse categorie di assicurati, fatto salvo in ogni caso l'incasso da parte della società del controvalore complessivo dell'adeguamento di premio così definito. Il premio è emesso con frazionamento semestrale. Si conviene tuttavia che il versamento del premio dovuto dovrà avvenire – in base a quanto convenuto nella contrattazione aziendale di secondo livello – con modalità rateali secondo le scadenze e nelle misure dettagliate in un documento sottoscritto a parte dai contraenti nel quale verrà richiamata, quale parte integrante, la presente Appendice al Contratto di Assicurazione”.

- Dalle ore 00.00 del 01/01/2017 la lista delle Strutture Sanitarie riportate nell'allegato 3 “Lista Strutture Top” della convenzione si intende così sostituita:

ROMA

- Casa di Cura Paideia SPA
- Casa di Cura Mater Dei SPA
- Casa di Cura Quisisana
- Casa di Cura Villa Stuart
- Casa di Cura Villa Flaminia (nuova ragione sociale ARS BIOMEDICA PROGETTO SALUTE)
- Rome American Hospital SRL

MILANO

- Casa di Cura La Madonnina SPA
- Ospedale San Raffaele SRL

TORINO

- Clinica Santa Caterina

➤ La Sezione II si intende integrata con il seguente servizio aggiuntivo:

5. APPLICAZIONE DI TARIFFE AGEVOLATE IN CASO DI PRESTAZIONI NON PREVISTE DAL LIVELLO DI COPERTURA E/O DI MASSIMALI ESAURITI

Previmedical mette a disposizione degli assistiti di CASPOP il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario, reso disponibile da Previmedical per:

Prestazioni assicurate:

- a) per beneficiare di una tariffa agevolata relativa alle prestazioni per le quali verrà erogato il rimborso da parte della Cassa;
- b) per poter continuare ad usufruire delle prestazioni assicurate anche qualora il massimale sia esaurito

Prestazioni NON assicurabili:

- a) per ottenere l'applicazione di tariffe scontate in relazione a prestazioni non assicurabili dalla Cassa (a titolo esemplificativo Chirurgia estetica etc)

In particolare il servizio prevede:

- riconoscimento dell'avente diritto tramite esibizione della Card nominativa di riconoscimento;
- l'accesso a tariffe agevolate per visite specialistiche ed esami diagnostici;
- l'accesso a tariffe agevolate per ricoveri/day hospital. Le tariffe agevolate saranno usufruibili in relazione ai servizi di degenza («alberghieri») con esclusione dei costi relativi all'equipe medica;

Nel sito web di Previmedical sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocazione con la Centrale Operativa.

Emessa a Preganziol, in 2 esemplari ad un solo effetto, 10 gennaio 2017.



Consigliere Delegato
RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

La Contraente