

Copertura Sanitaria per CASSA RBM SALUTE

Associato Cassa Nazionale del Notariato

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese mediche da malattia e da infortunio per notai in esercizio, titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato, personale in servizio e in quiescenza sia della Cassa Nazionale del Notariato sia del Consiglio Nazionale del Notariato

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 01/11/2016

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico

SOMMARIO

Nota Informativa:

-
- Definizioni
-

Condizione di Assicurazione comprensive di:

-
- Premessa
-
- Definizioni
-
- Sezione 1 – Oggetto del servizio
-
- Sezione 2 – Condizioni Generali di Assicurazione
-
- Sezione 3 – Prestazioni e condizioni
-
- Sezione 4 – Garanzie “A”: Grandi interventi chirurgici e Gravi eventi morbosi
-
- Sezione 5 – Garanzie “B” – Inclusione del nucleo familiare per le garanzie previste dalla sezione “a” e estensione delle garanzie ricovero, extraospedaliere al titolare ed al relativo nucleo familiare
-
- Sezione 6 – Gestione delle Integrative
-
- Allegati
-
- 1) Guida alle prestazioni sanitarie – Regime di assistenza diretta, mista e regime rimborsuale
-
- 2) Informativa resa all’interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)
-
- 3) Informativa relativa alle aree web riservate attivate ai sensi del Provvedimento IVASS n.7 del 16 luglio 2013
-

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

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2015

Patrimonio netto:	€ 68.231.497,00
di cui - capitale sociale:	€ 40.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 13.990.048,00
Indice di solvibilità ² :	204%

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha una durata di **36 mesi** a partire dalle ore 00.00 del giorno 01.11.2016 alle ore 24.00 del 31.10.2019 ovvero alle ore 00.00 del giorno 01.11.2019 e dalla data di pagamento del premio (vedi - art. 2.11 delle CGA).

Il contratto non prevede il tacito rinnovo (vedi - art. 2.11 delle CGA).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per: Piano Sanitario base "A" valido per il solo titolare: Ospedaliere (Grandi interventi chirurgici e Gravi eventi morbosi, cure oncologiche, follow up oncologico, Invalidità permanente da infortunio, copertura per non autosufficienza, prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica, medicina preventiva) (vedi Sezione 4).

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.

In caso di ricovero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura prevede il pagamento di un'indennità prestabilita per ogni giorno di ricovero con una franchigia di giorni 2 (vedi art. 4.5.4 della Sezione 4).

Piano Sanitario integrativo "B" prevede l'inclusione del nucleo familiare per le garanzie previste dalla Sezione 4 e l'estensione delle garanzie Ricovero, Extraospedaliere (cure domiciliari/ambulatoriali, protesi, cure odontoiatriche) al titolare ed al relativo nucleo (vedi Sezione 5).

Avvertenza: la copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza (vedi artt.4.2 e 5.2), prevede esclusioni (vedi art. 2.3 delle CGA) e non prevede cause di non assicurabilità (vedi art. 1.3 della Sezione 1).

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo per il totale degli indennizzi di ogni garanzia (vedi Sezioni 4-5). Ad esempio, in caso di scelta del Piano Sanitario base "A", il massimale della garanzia "Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica" è pari a € 15.000,00 per nucleo familiare e pertanto il totale degli indennizzi in un anno non potrà superare tale importo.

Avvertenza: La copertura prevede franchigie e scoperti (vedi sezioni 4 e 5).

Ad esempio per notai in esercizio – AREA RICOVERO:

- a) Ricovero per Grandi Interventi in clinica privata ed equipe non convenzionati a rimborso:
 - a fronte di una spesa complessiva di € 28.000, verranno riconosciuti € 25.200, in quanto verrà applicato lo scoperto del 10% senza minimo per sinistro;
- b) Ricovero per Grandi Interventi in clinica privata ed equipe convenzionati in regime di assistenza diretta:
 - a fronte di una spesa complessiva di € 28.000 verranno riconosciuti € 28.000, in quanto non verrà applicato alcuno scoperto.
- c) Ricovero per Grandi Interventi in clinica privata convenzionata in regime di assistenza diretta ed equipe medica non convenzionata e pertanto a rimborso:
 - a fronte di una spesa complessiva di € 28.000 di cui € 20.000 relativi ai costi struttura e € 8.000 relativi ai costi dell'equipe medica, verranno riconosciuti :
 - € 20.000 direttamente alla struttura in quanto non verrà applicato alcuno scoperto;
 - € 7.200 a rimborso all'assistito, in quanto verrà applicato lo scoperto del 10% senza minimo per sinistro.

Ad esempio per aderenti al Piano Sanitario integrativo "B" - AREA EXTRAOSPEDALIERE:

- a) Visita specialistica in struttura sanitaria privata non convenzionata a rimborso:
 - a fronte di una spesa complessiva di € 150,00 verranno riconosciuti € 50,00, in quanto verrà applicata la franchigia di € 100,00.
- b) Visita specialistica in struttura sanitaria privata convenzionata in regime di assistenza diretta:
 - per notai in esercizio: a fronte di una spesa complessiva di € 150,00 verranno riconosciuti € 150,00 direttamente alla struttura, in quanto non verrà applicato alcuno scoperto né franchigia;
 - per titolari di pensione: a fronte di una spesa complessiva di € 150,00 verranno riconosciuti € 100,00 direttamente alla struttura, rimanendo a carico dell'assistito la sola quota di franchigia pari a € 50,00;

Avvertenza: non sono previsti limiti massimi di età assicurabile (vedi art. 1.3 della Sezione 1).

4. Periodi di carenza contrattuali

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

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

Avvertenza: non è prevista la compilazione del Questionario Sanitario.

Non sono previste cause di nullità.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Non sono previste cause di aggravamento e diminuzione del rischio.

7. Premio

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

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

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: le parti potranno recedere dal presente contratto ricorrendo le condizioni previste dall'art.109 del D. Lgs. n. 50/2016, mediante comunicazione scritta da inviarsi a mezzo raccomandata A.R. almeno 3 (tre) mesi prima della data in cui il recesso avrà effetto (vedi art. 2.11 delle CGA).

La Società, in deroga all'art. 1898 del C.C., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza del presente contratto (vedi art. 2.8 delle CGA).

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

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

12. Regime fiscale

Il premio 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: Per i ricoveri si intende la data in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società non appena l'assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità; la Compagnia può richiedere che l'assicurato sia visitato da un proprio fiduciario (vedi lettera b) art. 3.1 della Sezione 3)

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza rimborsuale e mista è indicata in apposita Guida (vedi allegato n. 1 “Guida alle prestazioni sanitarie – Regime di assistenza diretta, mista e regime rimborsuale”).

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati (vedi lettera a) art. 3.1 della Sezione 3). Per ricevere le prestazioni in tale regime di assistenza, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere l'autorizzazione.

Avvertenza: In caso di prestazione mista ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società provvederà alla liquidazione degli onorari dei medici non convenzionati con le modalità previste alla lettera b) art. 3.1 della Sezione 3).

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta è indicata in apposita Guida (vedi Allegato n. 1 “Guida alle prestazioni sanitarie – Regime di assistenza diretta, mista e regime rimborsuale”).

Si rinvia al sito www.rbmsalute.it per l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

15. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Gestione Reclami – Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) – loc. Borgo Verde, oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it

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

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) – 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'IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti possono adire l'Autorità Giudiziaria competente, previo esperimento del tentativo di mediazione richiesto come condizione di procedibilità ai sensi di legge. Per i dettagli si rinvia agli artt. 2.14, 2.15 e 2.16 delle CGA.

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



Consigliere Delegato
RBM Assicurazione Salute S.p.A.
Il rappresentante legale

DEFINIZIONI

Abitazione: La dimora abituale dell'assistito.

Assicuratore o Società: RBM Assicurazione Salute S.p.A., che assume il rischio delle prestazioni oggetto del servizio e deve garantire l'esecuzione delle prestazioni medesime attraverso la Cassa di Assistenza Sanitaria, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di legge a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario oggetto della presente copertura ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Assistito: La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Assistenza diretta: La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri convenzionati e da personale medico convenzionato senza anticipare la spesa, ma delegando la Società al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.

Assistenza indiretta: La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'assistito riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri non convenzionati o da personale medico convenzionato.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.

Cassa di Assistenza: Cassa RBM Salute, la Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Centrale Operativa: La struttura che, per conto della Società, provvede alla gestione del circuito di Istituti di cura e medici convenzionati ed al contatto telefonico con l'Assistito che voglia accedere agli stessi.

Certificato: Il documento che stabilisce i termini di operatività della copertura assicurativa di ogni aderente.

Contraente: Cassa RBM Salute e Cassa Nazionale del Notariato.

Contributo: La somma dovuta alla Cassa di Assistenza per l'adesione alla copertura.

Day Hospital: La degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno.

Data evento: Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

Difetto fisico: La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite. Ai fini delle esclusioni di polizza, non è

riconducibile al difetto fisico ma è da considerarsi malattia, ogni manifestazione morbosa derivante e/o connessa al difetto preesistente.

Follow up oncologico: Il follow-up è una procedura finalizzata al monitoraggio clinico-strumentale dei risultati delle terapie e alla diagnosi tempestiva delle eventuali ricadute secondo protocolli ben codificati e prescritti dal medico oncologo. Per aver diritto al rimborso delle prestazioni oggetto della garanzia di polizza l'iscritto dovrà produrre la tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie tumorali

Franchigia: Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assistito è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assistito.

Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assistito.

Grandi interventi: Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

Gravi eventi morbosi: Gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

Indennità sostitutiva: L'importo giornaliero erogato dalla Società per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio del parto e dell'aborto terapeutico; l'indennità viene riconosciuta in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico: Intervento terapeutico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici, nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser chirurgico o crioterapia; sono altresì ritenuti interventi chirurgici quelli di urologia interventistica, neurochirurgia interventistica, neuroradiologia interventistica, endochirurgia vascolare interventistica, cardiologia interventistica, interventi con gamma knife (per microchirurgia e radiocirurgia e radioterapia stereotassica).

Intervento Chirurgico ambulatoriale: La prestazione chirurgica effettuata senza ricovero che, anche se effettuata in sala operatoria, comporta suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia. Sono considerati interventi chirurgici anche l'applicazione/rimozione di gessature e/o immobilizzazioni purché effettuate da medico specialista ortopedico e le terapie sclerosanti, ove effettuati ambulatorialmente.

Istituto di Cura: L'ospedale pubblico, la clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero. Esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

Istituti di Cura Convenzionati: Le strutture di cura convenzionate con la Società alle quali l'Assistito può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

Lungodegenza: Servizio di degenza destinato ad accogliere persone affette da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza medica, infermieristica, fisioterapica, finalizzati a ricercare un miglioramento o stabilizzazione della condizione di malattia, che di assistenza nell'esecuzione degli atti quotidiani della vita.

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

Malattia Oncologica: Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta di organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Malformazione: Qualunque alterazione morfologica o funzionale dovuta ad uno sviluppo anomalo. Ai fini delle esclusioni di polizza, non è riconducibile alla malformazione ma è da considerarsi malattia, ogni manifestazione morbosa derivante e/o connessa alla malformazione preesistente.

Massimale: La somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'Assistito, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

Personale medico e sanitario: I professionisti convenzionati con la Società ai quali l'Assistito può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza. Il medico capo-equipe che ha sottoscritto l'accordo di convenzionamento con la Società. Se il primo medico/operatore non è convenzionato, di conseguenza l'intera equipe è ritenuta non convenzionata. Altresì se il medico capo-equipe è convenzionato deve provvedere affinché tutti i componenti dell'equipe si attengano alle norme ed alle tariffe di convenzione. In caso contrario, l'intera equipe sarà considerata non convenzionata.

Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Premio: La somma dovuta dalla Cassa sanitaria alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Preso in carico: documento trasmesso dalla Centrale Operativa alla struttura sanitaria convenzionata in cui vengono indicate le prestazioni indennizzabili.

Ricovero: Permanenza con o senza pernottamento in istituto di cura autorizzato al ricovero e/o al day hospital. Deve essere prescritto da un medico e deve essere motivato da obiettive finalità ed esigenze mediche di eseguire prestazioni terapeutiche (per esempio: chemioterapia o interventi chirurgici) o prestazioni diagnostiche (per esempio biopsie) tali che, per scadute condizioni del paziente (tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche o di monitoraggio) o per indagnosità o invasività esecutiva delle stesse, non possono essere eseguite al domicilio, né in forma "ambulatoriale". Sono esclusi dalle garanzie di polizza i ricoveri finalizzati all'esecuzione di prestazioni sanitarie terapeutiche e diagnostiche eseguibili in forma ambulatoriale.

Rischio: La probabilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto: La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

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

Società: RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Trattamenti fisioterapici: Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate non necessariamente presso Centri Medici, 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.

Visita Specialistica: La visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Polizza Rimborso Spese Mediche da Malattia e da Infortunio

Condizioni di Assicurazione

PREMESSA

La Compagnia di Assicurazione RBM Assicurazione Salute (di seguito denominata anche Società o Assicuratore) aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto avente ad oggetto il servizio di copertura assicurativa in forma collettiva di assistenza sanitaria integrativa a favore dei Notai in esercizio, dei Titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato nonché del Personale in servizio ed in quiescenza sia della Cassa Nazionale del Notariato sia del Consiglio Nazionale del Notariato e con eventuale estensione ai componenti il nucleo familiare di ciascuno dei soggetti sopra indicati e la Cassa RBM Salute (di seguito denominata anche Cassa di Assistenza) sulla base di specifici accordi tra loro intervenuti, si impegnano, sulla base del presente contratto ad erogare a favore dei Notai in esercizio, dei Titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato nonché del Personale in servizio ed in quiescenza sia della Cassa Nazionale del Notariato sia del Consiglio Nazionale del Notariato e con eventuale estensione ai componenti il nucleo familiare di ciascuno dei soggetti sopra indicati (in seguito denominati assicurati) indennizzi, rimborsi di spesa per i casi di malattia, infortuni e parto secondo le norme di seguito indicate.

Dette prestazioni verranno rese per il tramite della citata Cassa RBM Salute iscritta all'Anagrafe dei Fondi Integrativi Sanitari di cui al decreto Min.Lav. del 27/10/2009 la quale dichiara di essere idonea ed abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per la categoria assicurata di cui ai successivi artt. 1.2 e 1.4 della Sezione 1 della presente copertura, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Procedura attuativa

Sulla base delle prescrizioni previste nel capitolato di gara, la Società ha concordato la procedura operativa idonea a garantire il rispetto degli impegni contrattuali assunti.

DEFINIZIONI

Ai termini che seguono le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Abitazione: La dimora abituale dell'Assicurato.

Assicuratore o Società: RBM Assicurazione Salute S.p.A., che assume il rischio delle prestazioni oggetto del servizio e deve garantire l'esecuzione delle prestazioni medesime attraverso la Cassa di Assistenza Sanitaria, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di legge a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario oggetto della presente copertura ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Assicurato: La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Assistenza diretta: La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri convenzionati e da personale medico convenzionato senza anticipare la spesa, ma delegando la Società al pagamento in sua vece delle fatture emesse, nei limiti del rimborso a lui spettante.

Assistenza indiretta: La modalità di erogazione del servizio assicurativo per la quale l'Assicurato riceve le prestazioni sanitarie coperte dalla polizza presso i centri non convenzionati o da personale medico convenzionato.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico titolo di studio.

Cassa di Assistenza: Cassa RBM Salute, la Cassa assistenziale, iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari di cui al decreto del Ministro del Lavoro del 27.10.2009, abilitata a norma di Legge a ricevere i contributi ed assumere la contraenza del programma sanitario, ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Centrale Operativa: La struttura che, per conto della Società, provvede alla gestione del circuito di Istituti di cura e medici convenzionati ed al contatto telefonico con l'Assicurato che voglia accedere agli stessi.

Certificato: Il documento che stabilisce i termini di operatività della copertura assicurativa di ogni aderente.

Contraente: Cassa RBM Salute e Cassa Nazionale del Notariato.

Contributo: La somma dovuta alla Cassa di Assistenza per l'adesione alla copertura.

Day Hospital: La degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno.

Data evento: Per i ricoveri si intende quella in cui avviene il ricovero; a questa fanno riferimento tutte le spese connesse all'evento (precedenti, concomitanti e successive) rimborsabili a termini della copertura; per le altre prestazioni previste dalla copertura si intende la data in cui la prestazione è stata effettivamente effettuata.

Difetto fisico: La deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite. Ai fini delle esclusioni di polizza, non è riconducibile al difetto fisico ma è da considerarsi malattia, ogni manifestazione morbosa derivante e/o connessa al difetto preesistente.

Follow up oncologico: Il follow-up è una procedura finalizzata al monitoraggio clinico-strumentale dei risultati delle terapie e alla diagnosi tempestiva delle eventuali ricadute secondo protocolli ben codificati e prescritti dal medico oncologo. Per aver diritto al rimborso delle prestazioni oggetto della garanzia di polizza, l'iscritto dovrà produrre in occasione della prima richiesta la tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie tumorali

Franchigia: Per le garanzie che rimborsano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato.

Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Grandi interventi: Gli interventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

Gravi eventi morbosi: Gli eventi elencati nell'apposita sezione di polizza.

Indennità sostitutiva: L'importo giornaliero erogato dalla Società per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio del parto e dell'aborto terapeutico; l'indennità viene riconosciuta in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse (ad eccezione delle prestazioni pre e post ricovero che verranno comunque rimborsate secondo le modalità ed i limiti specificamente indicati).

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico: Intervento terapeutico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici, nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser chirurgico o crioterapia; sono altresì ritenuti interventi chirurgici quelli di urologia interventistica, neurochirurgia interventistica, neuroradiologia interventistica, endochirurgia vascolare interventistica, cardiologia interventistica, interventi con gamma knife (per microchirurgia e radiochirurgia e radioterapia stereotassica).

Intervento Chirurgico ambulatoriale: La prestazione chirurgica effettuata senza ricovero che, anche se effettuata in sala operatoria, comporta suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia. Sono considerati interventi chirurgici anche l'applicazione/rimozione di gessature e/o immobilizzazioni purché effettuate da medico specialista ortopedico e le terapie sclerosanti, ove effettuati ambulatorialmente.

Istituto di Cura: L'ospedale pubblico, la clinica o casa di cura privata con sede anche all'estero. Esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, case di riposo.

Istituti di Cura Convenzionati: Le strutture di cura convenzionate con la Società alle quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza nonché previste dalle convenzioni stesse.

Lungodegenza: Servizio di degenza destinato ad accogliere persone affette da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza medica, infermieristica, fisioterapica, finalizzati a ricercare un miglioramento o stabilizzazione della condizione di malattia, che di assistenza nell'esecuzione degli atti quotidiani della vita.

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

Malattia Oncologica: Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta di organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

Malformazione: Qualunque alterazione morfologica o funzionale dovuta ad uno sviluppo anomalo. Ai fini delle esclusioni di polizza, non è riconducibile alla malformazione ma è da considerarsi malattia, ogni manifestazione morbosa derivante e/o connessa alla malformazione preesistente.

Massimale: La somma massima indennizzabile per ciascuna persona ovvero per ciascun nucleo familiare, compreso l'Assicurato, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.

Personale medico e sanitario: I professionisti convenzionati con la Società ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in polizza. il medico capo-equipe che ha sottoscritto l'accordo di convenzionamento con la Società. Se il primo medico/operatore non è convenzionato, di conseguenza l'intera equipe è ritenuta non convenzionata. Altresì se il medico capo-equipe è convenzionato deve provvedere affinché tutti i componenti dell'equipe si

attengano alle norme ed alle tariffe di convenzione. In caso contrario, l'intera équipe sarà considerata non convenzionata.

Polizza: Il documento che prova l'assicurazione.

Premio: La somma dovuta dalla Cassa sanitaria alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Preso in carico: documento trasmesso dalla Centrale Operativa alla struttura sanitaria convenzionata in cui vengono indicate le prestazioni indennizzabili.

Ricovero: Permanenza con o senza pernottamento in istituto di cura autorizzato al ricovero e/o al day hospital. Deve essere prescritto da un medico e deve essere motivato da obiettive finalità ed esigenze mediche di eseguire prestazioni terapeutiche (per esempio: chemioterapia o interventi chirurgici) o prestazioni diagnostiche (per esempio biopsie) tali che, per scadute condizioni del paziente (tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche o di monitoraggio) o per indagnosità o invasività esecutiva delle stesse, non possono essere eseguite al domicilio, né in forma "ambulatoriale". Sono esclusi dalle garanzie di polizza i ricoveri finalizzati all'esecuzione di prestazioni sanitarie terapeutiche e diagnostiche eseguibili in forma ambulatoriale.

Rischio: La probabilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto: La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

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

Trattamenti fisioterapici: Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate non necessariamente presso Centri Medici, 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.

Visita Specialistica: La visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

SEZIONE 1 - OGGETTO DEL SERVIZIO

Art. 1.1 – Oggetto della Copertura

Oggetto della presente copertura è l'assicurazione sanitaria da realizzarsi sia in forma diretta, attraverso il ricorso a strutture e/o medici convenzionati, che in forma indiretta attraverso il rimborso delle spese sanitarie sostenute in conseguenza d'infortunio, malattia e parto, nei termini, nella misura e con le modalità indicate dalle norme seguenti e dalle apposite sezioni 4 e 5.

Art. 1.2 – Assicurati

1.2.1 – Le garanzie della presente copertura, sono prestate in forma collettiva a favore dei notai in esercizio, titolari di pensione e altri titolari di pensione notarile.

1.2.2 – Le garanzie della presente copertura, previo pagamento del contributo pro-capite annuo previsto per il titolare di polizza alla Sez. 4 sono estese al:

- a) Personale in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato;
- b) Personale in servizio e in quiescenza del Consiglio Nazionale del Notariato;

1.2.3 – Il titolare di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo, che diventa pensionato rimarrà in copertura come se fosse in esercizio, sino alla scadenza dell'anno assicurativo. Alla scadenza annua i titolari di pensione e gli altri titolari di pensione notarile continueranno automaticamente ad usufruire della copertura assicurativa prevista per i titolari di pensione. Le altre categorie di pensionati saranno invece tenute a presentare il modulo di riadesione previo pagamento del relativo contributo.

1.2.4 – Gli Assicurati che abbiano già attivato le garanzie della Sezione 4 – Piano Sanitario base "A" potranno ampliare a titolo individuale e/o per il nucleo familiare, la copertura aderendo alla Sezione 5 – Piano Sanitario integrativo "B".

1.2.5 – Viene prevista la possibilità per il coniuge, il convivente more uxorio, tale indipendentemente dal genere, e i figli superstiti di Assicurati deceduti, di mantenere attiva la garanzia prestata dalla presente assicurazione dietro pagamento del relativo contributo annuo.

1.2.6 – L'iscritto pensionato ex-dipendente, i superstiti ed i relativi nuclei familiari, che non rinnovino la propria adesione ad ogni scadenza dell'annualità assicurativa non potranno più essere reinseriti.

1.2.7 – Sono altresì, coperti i notai e i nuovi titolari di pensione che si iscriveranno alla Cassa Nazionale del Notariato nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione, con decorrenza dalla data di iscrizione a ruolo o di decorrenza della pensione; potranno essere coperti, previo pagamento del contributo pro-capite previsto per il titolare di polizza all'art 4.6, i dipendenti, assunti durante l'anno a far data dalla data dell'assunzione; il rateo di contributo relativo verrà pagato all'atto del conguaglio finale di cui al successivo art. 2.9 "Pagamento del contributo".

Art. 1.3 – Limiti di età

Non è previsto alcun limite di età.

Art. 1.4 – Nucleo Familiare

Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo, dal coniuge non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente more uxorio, tale indipendentemente dal genere, e dai figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché inabili a proficuo lavoro o studenti ed i figli

non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria.

A comprova del proprio nucleo familiare l'iscritto dovrà produrre certificato di stato di famiglia o di residenza, ovvero autocertificazione della condizione di famiglia di fatto, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000.

SEZIONE 2 - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 2.1 – Assicurazione per conto Altri

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui per la copertura dei rischi indicati; gli obblighi derivanti dal Contratto devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possano essere adempiuti che dall'Assicurato così come disposto dall'art.1891 del C.C.

Art. 2.2 – Estensione territoriale

La copertura assicurativa si intende operante nel territorio del Mondo Intero.

Art. 2.3 – Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti e malformazioni, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il 5° anno di età; l'esclusione, inoltre, non opera in caso di manifestazioni morbose derivanti e/o connesse alla malformazione o difetto fisico preesistente;
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche; tuttavia l'esclusione non opera per i casi di intervento chirurgico e di grave evento morboso così come definito dalle condizioni di assicurazione; tale esclusione, altresì, non opera limitatamente alla copertura per non autosufficienza ove la malattia mentale o il disturbo psichico di cui sopra comporti un'invalidità civile;
- c) gli infortuni derivanti da atti dolosi dell'Assicurato;
- d) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei e gare motoristiche in genere o di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico e le eventuali conseguenze;
- g) le prestazioni aventi finalità prettamente estetiche; non rientrano in detta categoria e saranno pertanto coperti da assicurazione, gli interventi di chirurgia plastico-ricostruttiva anche se conseguenti a precedenti interventi demolitivi, indennizzabili a termini di polizza, ivi incluso il costo delle protesi applicate e/o sostituite e gli interventi di simmetrizzazione della mammella contro laterale a seguito di interventi demolitivi, nonché gli interventi di chirurgia stomatologica dovuti a conseguenza diretta di infortunio indennizzabile a termine di polizza.
- h) i ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo ecc.).
- i) le conseguenze dirette ed indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- j) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- k) le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Art. 2.4 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione di cui alla Sezione 4 – Piano Sanitario base “A” sono a carico della Contraente.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione di cui alla Sezione 5 – Piano Sanitario integrativo “B” sono a carico del singolo aderente che abbia stipulato la polizza integrativa.

Art. 2.5 – Altre assicurazioni

La Contraente è tenuta a denunciare alla Società l'eventuale o successiva esistenza di altre assicurazioni da essa stipulate per il medesimo rischio. L'Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

Art. 2.6 – Clausola broker

La Cassa Nazionale del Notariato sarà assistita da Aon SpA – Via Cristoforo Colombo, 149 – 00147 Roma, per la gestione tecnica e amministrativa del contratto di assicurazione.

Art. 2.7 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono avere forma scritta e devono essere inoltrate con lettera raccomandata, oppure con telegramma, o fax o con posta elettronica certificata.

Art. 2.8 – Rinuncia al recesso dal contratto

La Società in deroga all'art. 1898 del C.C., rinuncia alla facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza del presente contratto.

Art. 2.09 – Pagamento del contributo

Si conviene che il contributo annuale alla Cassa di assistenza Sanitaria verrà corrisposto dalla Cassa Nazionale del Notariato in via anticipata ed in numero di due rate semestrali di uguale importo, scadenti rispettivamente il 1° novembre ed il 1° maggio di ogni anno, con termine di rispetto pari a 60 giorni, previo ricevimento dell'apposito “atto contabile” emesso dalla Cassa di Assistenza Sanitaria.

Tale importo sarà calcolato moltiplicando il contributo pro capite annuo relativo alla copertura di cui alla successiva sezione 4 per il numero effettivo di notai in esercizio, titolari di pensione erogata a qualsiasi titolo dalla Cassa Nazionale del Notariato, personale in servizio ed in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e del Consiglio Nazionale del Notariato.

Relativamente alle coperture integrative si conviene che per la prima annualità, il contributo annuale verrà corrisposto dal singolo aderente in due rate di cui la prima pari all'75% del contributo pro capite annuo all'atto dell'adesione da effettuarsi entro e non oltre il 31 dicembre 2016 e la restante parte del contributo, computata in base al numero di adesioni ed agli sconti previsti, entro il 31 gennaio 2017.

Alla fine di ogni anno la Cassa di Assistenza Sanitaria provvederà all'emissione dell'atto contabile relativo alla regolazione dei corrispettivi dovuti calcolata in base al numero degli Assicurati inclusi in corso d'anno, al netto delle esclusioni intervenute per i soggetti deceduti antecedentemente all'emissione dello stato iniziale del rischio, e non ancora noti alla Cassa del Notariato all'atto della prima comunicazione. La Cassa Nazionale del Notariato si impegna a pagare tali regolazioni entro 60 giorni dal ricevimento dell'atto contabile.

Art. 2.10 – Nuovi Assicurati

I notai e i pensionati che si iscriveranno alla Cassa Nazionale del Notariato nel corso del periodo di durata del Piano Sanitario, sono considerati in copertura con effetto dalla data di iscrizione a ruolo o di decorrenza della pensione; alla stessa stregua sono considerati in copertura i dipendenti neoassunti con effetto dalla data di assunzione; il rateo di contributo relativo verrà pagato all'atto del conguaglio finale di cui al precedente art. 2.9 “Pagamento del contributo”.

Per tutte le entrate avvenute nel primo semestre di decorrenza del Piano Sanitario, il contributo verrà calcolato con la corresponsione dell'intero contributo annuo. Per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il contributo verrà calcolato con la corresponsione del 60% dell'intero contributo annuo.

Art. 2.11 – Effetto e durata dell'assicurazione

L'Assistenza sanitaria prestata a favore dei soggetti di cui all'art. 1.2 che precede, ha durata 36 mesi dalle ore 00.00 del giorno 01.11.2016 alle ore 24.00 del 31.10.2019. A tale data la polizza nonché l'adesione della Cassa Nazionale del Notariato alla Cassa di Assistenza Sanitaria, si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta, salva la proroga da concedersi, nei limiti sanciti dal D. Lgs n.50/2016, su richiesta della Cassa Nazionale del Notariato, per una durata strettamente necessaria alla conclusione del procedimento di gara volto alla stipula del nuovo contratto.

Si applica l'art. 109 del D.Lgs n. 50/2016.

Art. 2.12 – Oneri a carico della Società

2.12.1 Sono a carico della Società, intendendosi remunerati con il corrispettivo contrattuale, tutti gli oneri, i rischi e le spese relativi alla prestazione del Servizio nonché ad ogni attività che si rendesse necessaria per la prestazione del Servizio stesso o, comunque, opportuna per un corretto e completo adempimento delle obbligazioni previste, ivi compresi quelli relativi ad eventuali spese di trasporto, viaggio e missione per il personale addetto all'esecuzione contrattuale.

2.12.2 Nell'esecuzione del Servizio, salvo quanto già previsto nel capitolato di gara e quant'altro si renderà necessario in relazione alle esigenze operative derivanti in particolare dalla prestazione del Servizio, la Società si obbliga a:

- a) eseguire le prestazioni in oggetto con il massimo grado di diligenza, a perfetta regola d'arte e nel rispetto delle norme vigenti e secondo le condizioni, le modalità, i termini e le prescrizioni contenute nel capitolato di gara e in tutta la documentazione di gara. Le prestazioni dovranno necessariamente essere conformi alle caratteristiche tecniche ed alle specifiche indicate;
- b) comunicare prontamente in forma scritta alla Cassa Nazionale del Notariato le situazioni reali o potenziali di conflitto d'interesse sorte durante lo svolgimento del Servizio e ad attenersi alle istruzioni impartite dalla Cassa Nazionale del Notariato;
- c) dare immediata comunicazione alla Cassa Nazionale del Notariato di ogni circostanza, avvenimento o fatto che abbia influenza sull'esecuzione del Servizio, ivi comprese le eventuali variazioni della propria struttura organizzativa coinvolta nell'esecuzione dello stesso; tale comunicazione dovrà pervenire alla Cassa Nazionale del Notariato entro 10 giorni dall'intervenuta modifica;
- d) attenersi a tutte le indicazioni e direttive relative all'esecuzione contrattuale che saranno impartite dalla Cassa Nazionale del Notariato tramite il Responsabile dell'esecuzione del contratto;
- e) manlevare e tenere indenne Cassa Nazionale del Notariato da tutte le conseguenze derivanti dalla eventuale inosservanza delle norme e prescrizioni tecniche, di sicurezza e sanitarie vigenti;
- f) predisporre tutti gli strumenti e i metodi, comprensivi della relativa documentazione, atti a garantire elevati livelli di servizio, ivi compresi quelli relativi alla sicurezza e riservatezza, secondo tutte le norme e le prescrizioni in vigore, nonché quelle che dovessero essere successivamente emanate.

Resta convenuto che gli eventuali maggiori oneri derivanti dall'osservanza delle norme e prescrizioni di cui sopra, anche se entrate in vigore nel corso della validità della polizza, saranno ad esclusivo carico della Società, intendendosi in ogni caso remunerati con il corrispettivo

previsto. La Società, pertanto, non potrà avanzare richieste di compensi a tale titolo nei confronti di Cassa Nazionale del Notariato.

2.12.3 La Società per quanto di sua competenza si obbliga a consentire alla Cassa Nazionale del Notariato di procedere, in qualsiasi momento e anche senza preavviso, alle verifiche sulla piena e corretta esecuzione del servizio in oggetto, impegnandosi a prestare la propria collaborazione per consentire lo svolgimenti di tali verifiche.

2.12.4 La Cassa di Assistenza si obbliga ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. 52 del D.P.R. 917/1986 e s.m.i., accettando i contributi versati dalla Cassa Nazionale del Notariato e riversando gli stessi sotto forma di premio alla Società.

Art. 2.13 – Modifica delle condizioni di assicurazione

Nessuna modifica delle garanzie e condizioni previste dalla presente copertura potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società fatte salve le variazioni consentite e disciplinate dal Codice dei Contratti Pubblici.

Art. 2.14 – Commissione paritetica

La risoluzione amministrativa delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione di clausole contrattuali e di particolari richieste di rimborso che, per la loro peculiarità, possono essere oggetto di valutazione ad hoc, è demandata ad una apposita Commissione Paritetica Permanente composta da sei membri dei quali tre designati dalla Cassa Nazionale del Notariato e tre dalla Società .

È espressamente prevista la facoltà della Cassa Nazionale del Notariato di nominare un consulente di propria fiducia.

Alla stessa Commissione è affidato il compito di verificare il comportamento delle parti nell'esecuzione del contratto, con riferimento all'adempimento degli obblighi assunti, di monitorare l'andamento dei sinistri, di risolvere eventuali contrasti interpretativi. Potrà inoltre formulare suggerimenti riguardanti modifiche contrattuali atte a migliorarne la gestione.

Art. 2.15 – Mediazione

Per ogni controversia in materia di diritti disponibili sorta in applicazione del presente contratto, non definita ai sensi del precedente art. 15 "Commissione Paritetica", dovrà essere esperito il procedimento di mediazione ai sensi del D.lgs.04/03/2010,n. 28, attuativo dell'art.60 L. 18/06/2009,n. 69.

L'Organismo di mediazione sarà scelto dalla parte attrice tra gli organismi di mediazione accreditati presso il Consiglio Nazionale del Notariato. Il procedimento di mediazione dovrà svolgersi nell'ambito del Circondario del Tribunale competente in relazione alla residenza dell'Assicurato ancorché non sia ivi compresa la sede legale dell' Organismo di mediazione scelto.

Art. 2.16 – Foro competente

Per tutte le controversie, relative all'esecuzione, interpretazione e risoluzione del presente contratto e non definite ai sensi dei precedenti art. 2.14 "Commissione paritetica" e 2.15 "Mediazione" valgono le norme processuali vigenti e sarà competente il Foro di residenza dell'Assicurato.

Nei giudizi relativi all'indennizzo legittimati sono esclusivamente l'Assicurato/Titolare di polizza e la Società.

Art. 2.17 – Interpretazione delle garanzie di polizza

Si conviene tra le Parti che verrà data interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 2.18 – Tutela della Privacy

La Società e la Cassa di assistenza si impegnano in qualsiasi circostanza, all'osservanza ed al rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 (Codice della Privacy) e s.m.i. in merito al trattamento dei dati e delle informazioni sensibili relativi agli Assicurati.

A tal fine dichiara di assumere la piena e completa responsabilità, con ciò esonerando la Cassa Nazionale del Notariato a tutti gli effetti.

Art. 2.19 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 2.20 – Anticipi

Nel caso di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il versamento di un anticipo all'atto dell'ammissione, il titolare di polizza o - in caso di sua incapacità, anche temporanea - un proprio familiare, potrà richiedere a detto titolo alla Società una somma massima pari al 65% dell'intera spesa preventivata dall'istituto di cura, purché nei limiti del 65% della somma massima indennizzabile. Detta richiesta dovrà essere corredata da preventivo scritto da parte della struttura in cui avverrà il ricovero, con indicazione della prestazione sanitaria prevista e del relativo costo.

In ogni caso l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società le relative fatture comprovanti l'effettiva spesa sostenuta.

SEZIONE 3 – PRESTAZIONI E CONDIZIONI

Art. 3.1 – Oneri dell'Assicurato e Modalità di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate con la Società

- Strutture sanitarie convenzionate e medici convenzionati

Rientrano nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società i poliambulatori, le case di cura e gli ospedali pubblici e privati presenti nell'elenco delle strutture sanitarie con cui è attivo un rapporto di convenzione, pubblicato sul sito www.rbmsalute.it della Società. All'interno delle strutture sanitarie possono essere stipulati rapporti di convenzione diretta con medici per attività ambulatoriale e in degenza.

In considerazione delle frequenti variazioni dell'elenco dei medici convenzionati, lo stato di convenzionamento di ogni medico va preventivamente verificato con la Centrale Operativa della Società.

- Modalità di accesso alle prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate

L'Assicurato che intenda usufruire di prestazioni sanitarie ambulatoriali o in ricovero presso strutture sanitarie convenzionate con *presa in carico diretta*, deve preventivamente prendere contatto con la Centrale Operativa telefonando al numero verde dedicato **800.99.17.73** da telefono fisso e cellulare (numero verde)

orario: 24 ore su 24, 365 giorni l'anno

tel.: **0039 0422.17.44.213** per chiamate dall'estero

Per trasmettere eventuale documentazione relativa all'autorizzazione della *presa in carico diretta*:

fax: **0422.17.44.713**

indirizzo mail: assistenza.cassanotariato@previmedical.it

Comunicando e trasmettendo:

- generalità e, qualora necessario per l'identificazione, numero di polizza;
- prescrizione medica della prestazione richiesta in cui sia indicata la motivazione e/o il dubbio diagnostico;
- indicazione della struttura sanitaria e del medico.

La Centrale Operativa deve fornire all'Assicurato (sempreché sia regolarmente e correttamente censito nell'anagrafica in possesso alla Società), nei termini e con le modalità definiti dalla Guida alle prestazioni sanitarie, conferma della *presa in carico* o deve esporre i motivi per cui la presa in carico è negata o per la quale deve essere fornita ulteriore documentazione.

Deve altresì fornire l'importo di eventuali franchigie o scoperti contrattuali a carico dell'Assicurato, nonché informazioni relative agli istituti e medici convenzionati.

In casi di comprovata urgenza, ove il preavviso non fosse possibile, l'Assicurato, in caso di ricovero in struttura sanitaria convenzionata, potrà chiedere la presa in carico del ricovero stesso nei termini e con le modalità definiti dalla Guida alle prestazioni sanitarie.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata e/o al medico convenzionato, le competenze, al netto dell'eventuale scoperto e franchigia e nei limiti dell'importo indennizzabile, per le prestazioni sanitarie autorizzate, garantendo l'Assicurato da qualsivoglia richiesta e/o azione da questi promossa nei suoi confronti per le prestazioni rientranti nella convenzione.

Qualora, previa presa in carico, venga effettuato un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, saranno a carico della Società, con le eventuali franchigie previste, tutte le spese della struttura convenzionata fatturate in regime di convenzione. Le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata saranno a carico dell'Assicurato e verranno liquidate in forma rimborsuale con le modalità previste dalla lett. b) del presente articolo.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società o, se convenzionate, per le quali non sia stata attivata la presa in carico nel rispetto delle modalità di cui alla precedente lettera a).

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, nei limiti previsti dalla presente copertura, l'Assicurato deve presentare la relativa richiesta, redatta su apposito modulo, di norma entro 30 gg. dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura. La richiesta deve essere corredata da documentazione attestante la diagnosi di malattia, dalla cartella clinica, dalle prescrizioni medico-specialistiche delle prestazioni avute, dalle ricevute, fatture, notule o parcelle debitamente quietanzate, nonché dalla documentazione sanitaria specificata nel modulo stesso.

Le ricevute di spesa devono essere trasmesse in copia.

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

L'Assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società per qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Qualora il titolare di polizza debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad altro Ente assistenziale o Assicuratore Assicuratrice per ottenere lo stesso rimborso, la Società effettua il rimborso di quanto effettivamente rimasto a carico dello stesso, solo su presentazione di copie delle notule e parcelle delle spese sostenute nonché copia del documento comprovante il rimborso ricevuto.

Il rimborso effettuato da altri Enti Assistenziali o Assicuratori, verrà portato in deduzione dell'importo di scoperto e/o franchigia posto a carico dell'Assicurato.

Nel caso in cui il rimborso, ottenuto in primo luogo da altro Ente assistenziale o Assicuratore Assicuratrice, è pari o superiore alle franchigie e/o scoperti previsti dalle presenti garanzie, viene rimborsata integralmente la differenza tra il totale delle spese sostenute e l'importo rimborsato dall'Ente e Assicuratore fino a concorrenza del massimale previsto.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate nei limiti delle somme assicurate e con l'applicazione delle franchigie e/o scoperti previsti dalle presenti garanzie. Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, il titolare di polizza deve inviare il modulo di denuncia del sinistro ed allegare la documentazione di spesa in fotocopia (distinte e ricevute), debitamente quietanzata e in regola con la vigente normativa fiscale, nonché:

- in caso di ricovero: copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale: relazione chirurgica dettagliata;
- in caso di prestazioni extraricovero: certificati medici di prescrizione;
- in caso di follow up oncologico: tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie tumorali (da presentare soltanto con la prima richiesta di rimborso);
- in caso di "non autosufficienza": Verbale della Commissione di Prima istanza per invalidità civile.

La Società effettua il rimborso direttamente al titolare di polizza, anche per le spese che riguardano altri componenti il suo nucleo familiare, entro il termine di 30 gg. dalla presentazione della domanda di rimborso contenente la documentazione completa e conforme alle prescrizioni della presente copertura (cartella clinica o altra documentazione medica, fatture/ricevute fiscali debitamente quietanzate e in regola con la normativa fiscale).

Qualora, in caso di rimborsi con istruttorie particolarmente complesse, detto termine di liquidazione non dovesse essere rispettato, l'Assicuratore dovrà comunicare all'Assicurato tramite lettera, email o sms lo stato di lavorazione del sinistro e fornire una previsione circa i tempi di gestione.

Per i cicli di cura che si protraggano oltre il termine annuale di assistenza, l'Assicurato dovrà inoltrare - entro il 30° giorno successivo al suddetto termine - la richiesta di rimborso delle spese sostenute fino a tale data, corredate dalla necessaria documentazione, salva la possibilità di riapertura delle pratiche con imputazione delle ulteriori spese nei limiti di assistenza spettanti per il periodo successivo, con applicazione di separate franchigie e/o scoperti - ove previsti - per le diverse annualità.

I rimborsi vengono effettuati in Italia; per le spese sostenute in Paesi extra area Euro, i rimborsi vengono effettuati in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, secondo le rilevazioni della BCE e le quotazioni rese note dall'Ufficio Italiano dei Cambi.

L'Assicurato si impegna a fornire ogni chiarimento necessario, anche ai medici che lo hanno visitato o curato, nonché a sottoporsi ad eventuali accertamenti medici che dovessero risultare necessari secondo il motivato giudizio della Società, in proporzione al profilo oggetto dell'accertamento e in conformità alla disciplina sul trattamento dei dati personali, pena la perdita del diritto al rimborso e/o all'assistenza.

Qualora nel caso di utilizzo di strutture sanitarie private non accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale, siano state attivate le procedure per ottenere il contributo previsto per l'assistenza in forma indiretta, e il riconoscimento del diritto al contributo venga certificato e attestato nel suo ammontare dal Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborserà integralmente l'importo residuo a carico dell'Assicurato, relativamente a quanto oggetto di valutazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale (competenze della Casa di Cura/retta di degenza), applicando il disposto del presente comma per quanto non sia oggetto di valutazione del Servizio Sanitario Nazionale.

c) Prestazioni presso il Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nel limite del massimale Assicurato, senza applicazione di franchigie e scoperti.

Nel caso in cui il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con costo a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett. a) o alla lett. b) del presente articolo in dipendenza dell'esistenza o meno di un regime di convenzionamento.

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute rimaste a carico dell'Assicurato vengono rimborsate secondo le modalità indicate al precedente punto b).

Art. 3.2 – Garanzie accessorie (valide per tutti gli Assicurati).

Art. 3.2.1 - Servizi di informazione

La Società mette a disposizione una struttura dedicata tramite la quale è possibile effettuare la prenotazione presso la rete convenzionata, richiedere informazioni relative agli istituti e ai medici convenzionati ed ottenere chiarimenti sulla portata delle garanzie di polizza.

Per la prestazione dei servizi di cui sopra, la Società metterà a disposizione un numero verde dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00.

Art. 3.2.2 – Prestazioni di assistenza

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti attraverso la Centrale Operativa per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde. Detti servizi vengono forniti con la massima celerità e comunque entro le 24 ore dal ricevimento della richiesta.

a) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

b) Informazioni telefoniche (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00)

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

All'estero:

c) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

d) Pareri medici

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato, successivamente ad una consulenza medica, necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo dove si trovi l'Assicurato, al quale quest'ultimo potrà eventualmente rivolgersi, provvedendo direttamente al pagamento della prestazione (il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato).

e) Informazioni sulla degenza

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o di malattia, fosse ricoverato presso un Ospedale, i medici della Centrale Operativa provvederanno a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dell'Assicurato, fornendo le notizie cliniche.

f) Trasmissione messaggio urgenti

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

Art. 3.3 – Attività di supporto ed assistenza- obblighi della Società

1. La Società si impegna ad intrattenere tutte le comunicazioni e la corrispondenza esclusivamente in lingua italiana. Essa si obbliga a fornire supporto e assistenza agli Assicurati su tutte le informazioni inerenti:

- le condizioni di assicurazione;
- le modalità di accesso alla rete convenzionata;
- lo stato dei sinistri;
- i tempi di rimborso e ogni altra informazione necessaria ad agevolare la corretta e tempestiva erogazione del servizio.

Il precedente elenco è riportato a titolo esemplificativo e non esaustivo.

A tal fine la Società dovrà fornire supporto agli Assicurati nell'istruzione delle pratiche attraverso:

- un call center dedicato composto da almeno 10 operatori e caratterizzato dalla costante presenza di almeno tre medici, mettendo a disposizione un numero telefonico gratuito (numero verde) per le chiamate sia dall'Italia ed un numero dedicato per le chiamate dall'estero;
- una Centrale Operativa che, entro 24 (ventiquattro) ore lavorative dalla richiesta, dovrà fornire all'Assicurato l'assistenza descritta all'art. 3.1 lettera a) della presente copertura.

2. Entro 30 giorni solari dalla data di decorrenza dell'Assicurazione la Società si obbliga, a proprie spese, a stampare una *Guida alle prestazioni sanitarie* e a fornire i *badge* identificativi degli Assicurati da inviare all'indirizzo dei medesimi a mezzo posta, concordando con la Cassa Nazionale del Notariato il testo, le modalità grafiche e la tipologia di materiale.

La Guida dovrà illustrare le modalità di utilizzo delle coperture assicurative alle condizioni previste dal capitolato di gara. Tale documento dovrà contenere, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- sintesi delle condizioni di assicurazione, specificando massimali e limiti di rimborso;
- indicazione dei tempi di rimborso;
- modalità di istruzione delle pratiche di rimborso (allegando il modulo predisposto per la richiesta di rimborso e/o eventuali modelli per la richiesta delle prestazioni);
- indicazione dei numeri telefonici e di fax gratuiti dedicati alle attività della Centrale Operativa e ogni altra indicazione volta ad informare gli Assicurati sulle condizioni e le modalità di erogazione del servizio.

In caso di integrazione e/o modifica della copertura intervenuta nel periodo contrattuale, la Società provvederà a proprie spese ad aggiornare *la Guida* mediante stampa di un opuscolo ad hoc.

La spedizione della *Guida* insieme con i predetti *badge*, dovrà avvenire, a cura della Società, entro 45 giorni solari dalla data di decorrenza dell'Assicurazione e/o dell'intervenuta integrazione/modifica della stessa. Tutte le relative spese, postali comprese, sono interamente a carico di detta Società.

3. Entro 30 giorni solari dalla data di decorrenza dell'Assicurazione, la Società dovrà provvedere, altresì a rendere disponibile sul proprio sito internet una apposito portale contenente l'elenco

aggiornato dei centri e dei sanitari convenzionati suddivisi per specializzazione ed in stretto ordine alfabetico, nonché, la modulistica necessaria per attivare le richieste di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Il suddetto portale deve, inoltre prevedere:

- un' area riservata alla Cassa Nazionale del Notariato per la consultazione in tempo reale di tutte le pratiche in gestione con dettaglio dello stato di lavorazione;
- un' area riservata al Broker per la consultazione in tempo reale di tutte le pratiche in gestione con dettaglio dello stato di lavorazione;
- un'area accessibile al titolare di polizza, con apposite e personali *password*, onde garantire allo stesso di visionare la propria situazione assicurativa completa e l'andamento del sinistro.

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati comporta inadempimento contrattuale.

Art. 3.4 – Reportistica dei sinistri

1. Al termine di ogni trimestre entro i 15 giorni solari successivi, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire alla Cassa Nazionale del Notariato e al Broker l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del piano sanitario. Tale elenco dovrà essere fornito in formato excel tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura) e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- Cognome e nome del richiedente il rimborso;
- Tipologia di Assicurato a cui è imputato il sinistro (notaio in esercizio, titolare di pensione, dipendente Cassa Nazionale del Notariato, dipendente CNN e nell'ambito di queste categorie specificare se trattasi di titolare o familiare e quale)
- il numero del sinistro attribuito dalla Società;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento, specificando se si tratta di Infortunio o Malattia;
- la tipologia di garanzia distinta per sezione (sezione 4. Piano Sanitario base "A" e sezione 5. Piano Sanitario integrativo "B") e per prestazioni come della presente copertura;
- la tipologia di rimborso (se rimborso diretto o indiretto);
- l'indicazione di età e sesso dell'Assicurato;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) importo richiesto a rimborso pari a € _____;
 - b) sinistro chiuso senza seguito;
 - c) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - d) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a € _____.

Inoltre la Società si impegna a fornire trimestralmente l'elenco completo dei sinistri respinti, corredato da da importo richiesto a rimborso e non corrisposto, relativa motivazione e data di chiusura; annualmente invece sarà tenuto a fornire il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata.

2. Salvo quanto espressamente previsto al comma 1 del presente articolo ogni ulteriore informazione o dato richiesti dalla Cassa Nazionale del Notariato dovranno essere forniti secondo la tempistica e le modalità dalla stessa indicate.

Art. 3.5 – Trasmissione elenco Assicurati

Al termine di ogni annualità assicurativa, entro i 30 giorni solari successivi al termine di mora per le adesioni, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati

personali, si impegna a fornire alla Cassa Nazionale del Notariato e al Broker l'elenco aggiornato degli Assicurati.

Tale elenco dovrà essere fornito in formato excel tramite file modificabile (quindi non nella modalità di sola lettura) e dovrà riportare:

- Cognome e nome dell'Assicurato;
- Codice fiscale dell'Assicurato;
- Indicazione dell'opzione acquistata (base – base+integrativa single – base+integrativa nucleo);
- Numero dei familiari;
- Data di decorrenza della copertura

Il mancato rispetto anche di uno solo degli obblighi sopra indicati comporta inadempimento contrattuale.

SEZIONE 4 - PIANO SANITARIO BASE "A" – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

Art. 4.1 - Beneficiari delle Prestazioni

Le garanzie regolate nella presente sezione si applicano agli Assicurati di cui agli artt. 1.2.1 e 1.2.2, con i limiti e le modalità ivi previste, al fine di garantire la copertura sanitaria, secondo le norme appresso indicate. Pertanto le prestazioni previste dalla presente Sezione 4 saranno rivolte ai notai in esercizio, titolari di pensione ed altri titolari di pensione notarile nonché al personale in servizio e in quiescenza della Cassa Nazionale del Notariato e del Consiglio Nazionale del Notariato con esclusione del relativo nucleo familiare definito all'art. 1.4.

Art. 4.2 - Ambito di applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo Art. 4.5 "Prestazioni assicurate" della presente sezione, è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assicurato/i;
- senza limiti di età;
- senza limitazioni territoriali;
- senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni sanitarie che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi anche cronici e recidivanti preesistenti alla data di attivazione del presente contratto. Sono, altresì, ricompresi gli interventi di ricostruzione dipendenti da interventi chirurgici demolitivi, provocati esclusivamente da patologie e/o infortuni, anche se detti interventi demolitivi siano stati effettuati precedentemente all'attivazione dell'assistenza. Tali spese verranno rimborsate dalla Società nel rispetto di quanto disposto dalla presente polizza.

Art. 4.3 – Massimale Assicurato – Limiti di Assistenza

Le prestazioni della presente copertura sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di € **400.000,00** per anno, fermi gli eventuali sottolimiti riportati nell'articolo 4.5 "Prestazioni assicurate".

Art. 4.4 - Scoperto

La copertura delle spese di cui al successivo art. 4.5 "Prestazioni assicurate" avviene con le seguenti modalità:

4.4.1 In caso di Prestazioni effettuate in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di alcuno scoperto. Parimenti non sono soggette a scoperto le

spese relative alle prestazioni effettuate in assistenza diretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera f) dell'art. 4.5.1 e lett. c) e d) dell'art. 4.5.2) fermi restando gli specifici limiti temporali.

Sono infine rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo 4.5.1, 4.5.2 e 4.5.3 che prevedono specifici sottolimiti.

4.4.2 In caso di prestazioni effettuate in assistenza indiretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) o personale medico non convenzionati, le spese sostenute dall'Assicurato sono rimborsate con uno scoperto pari al **10%** senza minimo per sinistro a carico dell'Assicurato; nel caso di Assicurati pensionati viene applicato uno scoperto pari al **25%** senza minimo.

4.4.3 Le prestazioni effettuate in assistenza indiretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera f) dell'art. 4.5.1 e lett. c) e d) dell'art. 4.5.2), fermi restando gli specifici limiti temporali, sono rimborsate con uno scoperto del **10%** senza minimo entro il massimale annuo autonomo di **€ 5.000.000,00** salvo che per i ticket che vengono comunque rimborsati al 100%.

Sono, infine, rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo 4.5.1, 4.5.2 e 4.5.3 che prevedono specifici sottolimiti.

Il Day hospital con intervento chirurgico è equiparato al ricovero con intervento chirurgico.

Il caso di Day hospital senza intervento chirurgico per i quali sia stata aperta una medesima cartella clinica oppure relativi alla stessa patologia/infortunio, superiore a 3 giorni viene equiparato a ricovero. Saranno pertanto applicati gli scoperti previsti ai precedenti articoli 4.4.1, 4.4.2 e 4.4.3.

4.4.4 In caso di prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari verranno rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

Art. 4.5 - Prestazioni Assicurate

Art. 4.5.1 - Ricoveri per Grandi interventi chirurgici

Sono garantite, nell'ambito degli interventi di cui all'elenco I, le spese per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) diritti di sala operatoria;
- c) materiale di intervento, ivi compresi i trattamenti terapeutici erogati e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- d) l'assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- e) rette di degenza;
- f) visite specialistiche ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biottiche e terapie radianti e chemioterapiche, nonché tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **125** giorni precedenti il ricovero e ad esso correlati nonché quelle sostenute nei **155** giorni successivi alla cessazione del ricovero per trattamenti fisioterapici e/o rieducativi, esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche ambulatoriali, terapie radianti e chemioterapiche e tutte le prestazioni sanitarie purché correlate al ricovero.

In tale ambito, fermi i limiti temporali di cui sopra, si intendono compresi i ricoveri ed i day-hospital per cure ed accertamenti pre e post ricovero; gli interventi preparatori all'intervento principale Assicurato o da questo resi necessari e comunque ad esso connessi, così come i ricoveri ed i day-hospital successivi dovuti a complicanze del ricovero/intervento principale o comunque a questo funzionalmente connessi e collegati.

In caso di trapianto sono coperte le spese sanitarie relative al donatore sostenute durante il ricovero per accertamenti diagnostici, intervento di espianto, assistenza medica ed infermieristica, cure e medicinali nonché le spese di trasporto dell'organo. Vengono compresi, inoltre, in aggiunta al ricovero principale anche i ricoveri (tipizzazione) e le prestazioni sanitarie extra-ricovero necessarie a predisporre l'organismo ricevente all'intervento di trapianto. Vengono, infine, garantite tutte le prestazioni sanitarie successive al trapianto, nel limite di **180** giorni purché inerenti all'intervento effettuato;

- g)** rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di **€ 100** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni;
- h)** spese di assistenza infermieristica individuale, fino ad un importo massimo di **€ 3.900** massimo per anno;
- i)** trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di **€ 3.000** per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed **€ 6.000** per ricoveri nel resto del mondo;
- j)** acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche fino a concorrenza di un importo massimo di **€ 5.500**, purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza verificatosi durante la validità della polizza stessa;
- k)** le cure palliative e la terapia del dolore fino a concorrenza di un importo massimo di **€ 15.000** per evento;
- l)** costi funerari e di rimpatrio della salma fino a concorrenza di un importo massimo di **€ 10.000** in caso di decesso all'estero conseguente a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

Art. 4.5.2 - Gravi eventi morbosi che necessitano di ricovero senza intervento chirurgico.

Le spese riconosciute in caso di ricovero per grave evento morboso di cui all'elenco II sono:

- a)** rette di degenza;
- b)** assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni sanitarie in genere, medicinali ed esami effettuati durante il periodo di ricovero;
- c)** accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche, gli onorari dei medici e tutte le prestazioni sanitarie effettuate anche al di fuori dell'Istituto di Cura nei **100** giorni precedenti il ricovero purché attinenti all'Evento Morboso che determina il ricovero stesso;
- d)** visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici comprese le prestazioni biotiche e terapie mediche, chirurgiche, riabilitative e farmacologiche, prestazioni infermieristiche professionali ambulatoriali e domiciliari su prescrizione specialistica escluse quelle meramente assistenziali e, in genere, tutte le prestazioni sanitarie effettuate nei **120** giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero riconosciuto a termini di polizza ed avvenuto nell'arco della validità della polizza.

Si applicano anche le garanzie dell'art. 4.5.1 ai punti h), i), j), k), l).

Nel caso in cui, in relazione a un ricovero per grave evento morboso, si presenti la necessità di eseguire un intervento chirurgico funzionale al grave evento morboso stesso, si applicano anche le garanzie di cui all'art. 4.5.1.

Art. 4.5.3 - Gravi eventi morbosi che necessitano di trattamento medico domiciliare

Le spese riconosciute in caso di trattamento domiciliare per grave evento morboso di cui all'elenco II sono:

- a)** visite specialistiche;
- b)** esami ed accertamenti diagnostici;
- c)** terapie mediche, comprese quelle radianti (ancorché effettuate anche a livello ambulatoriale) e chemioterapiche, le chirurgiche, riabilitative e farmacologiche;
- d)** spesa per prestazioni sanitarie e infermieristiche professionali ambulatoriali o domiciliari, su prescrizione specialistica, escluse quelle meramente assistenziali sostenute nei **180** giorni successivi alla prima diagnosi dell'Evento Morboso avvenuta dopo la decorrenza contrattuale.

Si applicano anche le garanzie dell'art. 4.5.1 ai punti i), j), k), l).

Art. 4.5.4 - Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di ricovero per grande intervento chirurgico o di grave evento morboso, non presenti richiesta di rimborso a carico della presente polizza, la Società corrisponderà un'indennità per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e/o dell'infortunio.

L'indennità sarà pari ad **€ 155** al giorno e verrà erogata, previa applicazione di **una franchigia di due giorni**, per ogni giorno di ricovero, fermo restando il limite massimo di **180** giorni per ciascun anno assicurativo e per Assicurato.

In caso di erogazione della indennità di cui sopra è altresì prevista la copertura delle spese (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie pre e post ricovero di cui alla lettera f) dell'art. 4.5.1 e lett. c) e d) dell'art. 4.5.2) pre e post ricovero – fermi restando gli specifici limiti temporali indicati negli articoli che precedono – che verrà effettuato applicando lo scoperto di cui all'art. 4.4 qualora previsto. I ticket che verranno comunque rimborsati al **100%**.

La garanzia prevista dal presente articolo è anche riconosciuta, fermo comunque il limite complessivo previsto al secondo comma, per i ricoveri e/o day-hospital pre e post intervento, di cui alla lettera f) dell'Art. 4.5.1 in questo caso l'importo della diaria sarà pari ad **€ 50** per ogni giorno di ricovero/day-hospital.

Art. 4.5.5 – Indennità per grave invalidità permanente da infortunio

In caso di infortunio che comporti all'Assicurato un'invalidità permanente di grado superiore al **66%** la Società liquiderà un indennizzo pari al capitale Assicurato ad **€ 60.000**.

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti. Per la determinazione del grado d'invalidità la Società farà riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124.

La denuncia d'infortunio deve essere presentata entro quindici giorni dall'infortunio stesso. La denuncia deve indicare il luogo, giorno, ora dell'evento e cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da un certificato medico. Per quanto non regolato dalla presente articolo valgono le condizioni generali di polizza.

Art. 4.5.6 - Cure oncologiche

La Società rimborsa o prende in carico con il limite massimo di **€ 50.000,00** per anno, le spese sostenute per:

- prestazioni mediche ed infermieristiche;
- esami ed accertamenti diagnostici,
- cure, trattamenti e terapie (a titolo indicativo e non esaustivo: chemioterapia, radioterapia, cure palliative, terapie del dolore etc.) comprensive dell'eventuale degenza in Day Hospital o in regime di ricovero.

Tutte le prestazioni elencate devono essere prescritte da medico oncologo e sono rimborsabili anche in caso di trattamento domiciliare in presenza di scadute condizioni cliniche del paziente.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia sino alla concorrenza del limite massimo di assistenza suindicato (**€ 50.000,00** anno). Successivamente, in caso di esaurimento di detto limite massimo, saranno applicati, nell'ordine, i massimali e gli scoperti previsti dagli artt. 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3 del presente

Piano Sanitario base "A" e massimali, gli scoperti e le franchigie previsti dal Piano Sanitario integrativo "B" qualora sottoscritto.

Art. 4.5.7 - Follow-Up Oncologico

La Società rimborsa o prende in carico su prescrizione del medico oncologo, le prestazioni mediche e diagnostiche previste dai protocolli di osservazione nel tempo dello sviluppo della malattia oncologica e/o dei risultati della terapia fino ad un massimale di € 10.000,00 anno senza applicazione di franchigie o scoperti.

Con la prima richiesta di rimborso l'Assicurato dovrà presentare la tessera di esenzione rilasciata dall'ASL recante il codice specifico per patologie. Non sarà necessario ripresentarla con le successive richieste di rimborso.

Art. 4.5.8 - Copertura per non autosufficienza

Qualora l'Assicurato si trovi in stato di non autosufficienza nei termini di seguito descritti, la Società riconosce un rimborso fino ad un massimale mensile pro-capite di € 250,00, per tutto il periodo di non autosufficienza ed entro il termine di validità della presente polizza delle spese sostenute per:

1. ricoveri in strutture di lungo degenza;
2. assistenza;
3. prestazioni infermieristiche, fisioterapiche e riabilitative;
4. acquisto, noleggio, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, terapeutici e sanitari comprese carrozzelle, poltrone e letti ortopedici;
5. ausili e presidi sanitari;
6. farmaci non rimborsati dal SSN;
7. altre spese comunque connesse allo stato di non autosufficienza.

Ai fini della presente garanzia si considera in stato di non autosufficienza colui al quale sia stata riconosciuta, anche prima della decorrenza delle presente Polizza, un'invalidità civile al 100% con diritto all'indennità di accompagnamento anche se detta invalidità derivi da malattie mentali o disturbi psichici.

La condizione di non autosufficienza va documentata con la presentazione da parte del richiedente di copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile compilato in tutte le sue parti, dal quale risulti che l'Assicurato è riconosciuto invalido civile in misura del 100% con diritto all'indennità di accompagnamento in quanto persona con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, oppure perché persona con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Nel caso la valutazione contenga indicazioni di rivedibilità, l'Assicurato dovrà presentare le successive certificazioni che accertino la permanenza dei presupposti per il mantenimento del diritto al rimborso delle spese previsto dalla presente garanzia. La mancata presentazione comporterà il venir meno del diritto al rimborso delle spese sostenute.

Il rimborso delle spese assistenziali verrà effettuato con cadenza mensile sulla base della rendicontazione delle spese sostenute nel mese di riferimento, entro il limite massimo di € 250,00. In occasione della prima richiesta di rimborso, l'Assicurato dovrà altresì produrre copia conforme all'originale del Verbale della Commissione di Prima Istanza per Invalidità Civile.

Per la parte eccedente il predetto massimale mensile di € 250,00 l'Assicurato avrà diritto a chiedere il rimborso, ove previsto dalle precedenti garanzie di polizza.

Art. 4.5.9 - Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica

La Società, nei limiti del massimale di € 15.000,00 per anno, in caso di malattia o infortunio indennizzabile a termini di polizza, anche in assenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica e/o il quesito diagnostico, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

- agobiopsia
- amniocentesi

- angiografia
- artrografia
- biopsia in scopia
- broncografia
- cateterismo cardiaco
- chemioterapia
- cisternografia
- cistografia
- cistouretrografia
- clisma opaco
- cobaltoterapia
- colangiografia intravenosa
- colangiografia percutanea (ptc)
- colangiografia trans kehr
- colecistografia
- coronarografia
- crioterapia
- dacriocistografia
- defecografia
- discografia
- dialisi
- doppler
- ecocardiografia
- ecodoppler
- ecocolor Doppler
- ecotomografia
- elettrocardiografia
- elettroencefalogramma
- elettromiografia
- endoscopia a scopo diagnostico
- fistelografia
- flebografia
- fluorangiografia
- holter
- isterosalpingografia
- laserterapia a scopo fisioterapico
- linfografia
- mammografia
- mammotome
- mielografia
- pet
- pneumoencefalografia
- radioterapia
- retinografia
- risonanza magnetica nucleare (rmn)
- rx esofago con mezzo di contrasto
- rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- scialografia
- scintigrafia

- splenoportografia
- tomografia torace, tomografia in genere
- tomografia logge renali, tomoxerografia
- tomografia assiale computerizzata (tac) anche virtuale
- urografia
- vesciculodeferentografia
- videoangiografia
- villocentesi
- wirsunggrafia

La copertura delle predette prestazioni avviene con le seguenti modalità:

- se eseguite in assistenza diretta:
 - Assicurato in attività: nessuna franchigia a suo carico;
 - Assicurato titolare di pensione: applicazione di una franchigia a suo carico di € 50,00;
- se eseguite in assistenza indiretta:
 - Assicurato in attività o titolare di pensione: rimborso con franchigia a suo carico di € 100,00.

Il rimborso di eventuali ticket avviene senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

Art. 4.5.10 - Medicina Preventiva

L'Assicuratore rimborsa o prende in carico anche in assenza di prescrizione medica, con il limite di € 500,00 per anno le spese per:

- **Uomini:** visite urologiche, ecografie addome in toto e/o transrettale, esami citologici delle urine, accertamento dell'antigene prostatico specifico, ecografie delle vie urinarie;
- **Donne:** visite ginecologiche, effettuazione del PAP-test, mammografie e/o ecografie mammarie con visita senologica, ecografia addome e/o transvaginale, moc;

Per entrambi i sessi, radiografia toracica, colonscopia e visita cardiologia con ecg a riposo e/o da sforzo.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

ELENCO I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Si stabilisce che ogni anno verrà convocata una apposita Commissione Tecnica, composta da due membri nominati dalla Società e da due membri nominati dalla Contraente, per analizzare ed eventualmente valutare la modifica ed aggiornamento dell'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici indennizzabili ai sensi della presente polizza, alla luce delle evoluzioni che possano essersi determinate nell'ambito sanitario.

A. Tutti gli interventi resi necessari per asportazione, totale o parziale, di tumori maligni, compresa la radiochirurgia con gamma Knife ed eventuali reinterventi complementari o per recidive.

Per quanto riguarda i tumori benigni, vengono compresi in garanzia quelli dell'encefalo, del midollo spinale, delle ghiandole salivari e del cuore. Sono inoltre compresi interventi di chirurgia plastica necessari in conseguenza dell'asportazione di cui sopra ivi incluso il costo delle protesi applicate e delle loro eventuali successive sostituzioni.

B. Interventi per trapianti di organo: tutti.

C. Interventi ortopedici per:

- 1) impianto o sostituzione di artroprotesi di anca, femore, ginocchio, gomito, spalla, polso, ivi incluso il costo della protesi;
- 2) amputazione degli arti superiori e/o inferiori, ivi compresa la revisione di amputazione traumatica recente;

- 3) disarticolazione del ginocchio e amputazione al di sopra del ginocchio;
- 4) disarticolazione dell'anca;
- 5) amputazione addomino-pelvica;
- 6) reimpianto di arti staccati;

D. Interventi di neurochirurgia per:

- 1) craniotomia per lesioni traumatiche, evacuazione di ematoma intracerebrale, epidurale o subdurale, evacuazione di ascesso intracerebrale;
- 2) intervento per epilessia focale e callosotomia;
- 3) intervento per encefalomeningocele;
- 4) derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche;
- 5) intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- 6) trattamento chirurgico diretto ed indiretto di malformazioni vascolari intracraniche aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose);
- 7) endoarterectomia della a. carotide e/o della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario;
- 8) talamotomia, pallidotomia ed interventi similari;
- 9) cardiotomia, radicotomia ed altri per affezioni meningomidollari;
- 10) neurotomia retrogasseriana;
- 11) interventi per traumi vertebromidollari con stabilizzazione chirurgica;
- 12) interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, meilemeningocele, ecc.);
- 13) vagotomia per via toracica;
- 14) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 15) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 16) intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- 17) asportazione di tumori glomici timpano-giugulari;
- 18) asportazione di neurinoma acustico mediante craniotomia;
- 19) trapianto di nervo;
- 20) artrodesi vertebrale.

E. Interventi di cardiocirurgia per:

- 1) tutti gli interventi a cuore aperto per correzioni di difetti singoli o complessi (comprensivi delle protesi valvolari e loro sostituzioni);
- 2) tutti gli interventi a cuore chiuso;
- 3) impianto di pace-maker e successivi riposizionamenti.

F. Interventi di chirurgia vascolare per:

- 1) aneurismi arteriosi o arterovenosi;
- 2) stenosi ad ostruzione arteriosa;
- 3) disostruzione by-pass aorta addominale;
- 4) trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti;
- 5) simpaticectomia cervico-toracica, lombare;
- 6) by pass aortocoronarico.

G. Interventi di chirurgia maxillo-facciale per:

- 1) gravi e vaste mutilazioni del viso;
- 2) plastica per paralisi del nervo facciale;
- 3) riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
- 4) anchilosi temporo-mandibolare.

H. Interventi di chirurgia generale per:

- 1) diverticolosi esofagea;

- 2) occlusioni intestinali con o senza resezione;
- 3) gastrectomia totale o parziale per via laparotomica;
- 4) echinococcosi epatica e/o polmonare;
- 5) cisti pancreatiche, pseudocisti pancreatiche, fistole pancreatiche;
- 6) pancreatite acuta;
- 7) broncoscopia operativa;
- 8) resezione epatica;
- 9) epatico e coledocotomia;
- 10) interventi per la ricostruzione delle vie biliari;
- 11) interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastroctomia, colecistoenterostomia);
- 12) laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali;
- 13) interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- 14) intervento per mega-esofago;
- 15) resezione gastrica totale;
- 16) resezione gastro-digiunale;
- 17) intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- 18) interventi di amputazione del retto-ano;
- 19) interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- 20) drenaggio di ascesso epatico;
- 21) interventi chirurgici per ipertensione portale;
- 22) interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- 23) papillotomia per via transduodenale;
- 24) intervento di asportazione della milza;
- 25) resezione intestinale e successivo intervento di ricanalizzazione.

I. Interventi di chirurgia urogenitale per:

- 1) fistola vescico-rettale, vescicointestinale, vescico-vaginale, retto vaginale, ureterale;
- 2) intervento per estrofia della vescica;
- 3) metroplastica;
- 4) nefroureterectomia radicale;
- 5) surrenalectomia;
- 6) interventi di cistectomia totale;
- 7) interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- 8) cistoprostatovesicolectomia;
- 9) leocisto plastica;
- 10) colecisto plastica;
- 11) intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria.

J. Interventi di chirurgia oculistica e otorinolaringoiatrica per:

- 1) odontocheratoprotesi;
- 2) timpanoplastica;
- 3) chirurgia endoauricolare della vertigine;
- 4) chirurgia translabirintica della vertigine;
- 5) trattamenti del glaucoma (trabeculectomia; iridocicloretrazione, ecc);
- 6) chirurgica della sordità otosclerotica;
- 7) ricostruzione del padiglione auricolare dell'orecchio (con esclusione di interventi eventi finalità estetica);
- 8) reimpianto orecchio amputato;
- 9) ricostruzione dell'orecchio medio;
- 10) incisioni, asportazione, demolizione dell'orecchio interno.

K. Interventi di chirurgia toracica per:

- 1) pneumectomia totale o parziale;
- 2) lobectomia polmonare;
- 3) intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia;
- 4) interventi per fistole bronchiali;
- 5) interventi per echinococcosi polmonare;
- 6) resezione segmentale del polmone;
- 7) dissezione radicale delle strutture toraciche;
- 8) trapianto di midollo osseo.

L. Interventi di chirurgia pediatrica per:

- 1) idrocefalo ipersecretivo;
- 2) polmone cistico e policistico;
- 3) atresia dell'esofago;
- 4) fistola dell'esofago;
- 5) atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale;
- 6) atresia dell'ano con fistola rettouretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale;
- 7) megaretere: resezione con reimpianto; resezione con sostituzione di ansa intestinale;
- 8) megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson;
- 9) fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.

ELENCO II - GRAVI EVENTI MORBOSI

A. Infarto miocardico acuto.

B. Insufficienza cardiorespiratoria scompensata

che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:

- I. dispnea;
- II. edemi declivi;
- III. aritmia;
- IV. angina instabile;
- V. edema o stasi polmonare;
- VI. ipossiemia.

C. Neoplasia maligna.

D. Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:

- I. ulcere torbide;
- II. decubiti;
- III. neuropatie;
- IV. vasculopatie periferiche;
- V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.

E. Politraumatismi gravi

che non necessitano di intervento chirurgico caratterizzati da più fratture e/o immobilizzazioni in segmenti o arti diversi, oppure che comportino immobilizzazione superiore a 40 giorni.

F. Stato di coma.

G. Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.

H. Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.

Inoltre sono altresì previsti i seguenti Gravi Evento Morbosi (lettere: I, J, K, L, M) qualora comportino una invalidità permanente superiore al 66%:

I. Tetraplegia.

J. Sclerosi multipla.

K. Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

L. Alzheimer.

M. Morbo di Parkinson caratterizzato da:

- I. riduzione attività motoria;
- II. mantenimento stazione eretta con difficoltà della stazione eretta.

Art. 4. 6 – Importo del contributo

Il contributo, ovvero il premio pro capite relativo alla presente sezione si intende pari ad **€ 320,01 (euro trecentoventi/01)**.

Per la composizione del contributo complessivo relativo alla presente sezione il contributo pro capite di cui sopra dovrà essere moltiplicato per i soggetti Assicurati salvo conguaglio così come regolato all'art. 2.9.

SEZIONE 5 – PIANO SANITARIO INTEGRATIVO “B” – INCLUSIONE DEL NUCLEO FAMILIARE PER LE GARANZIE PREVISTE DAL PIANO SANITARIO BASE “A” E ESTENSIONE DELLE GARANZIE RICOVERO, EXTRAOSPEDALIERE AL TITOLARE ED AL RELATIVO NUCLEO FAMILIARE

Piano copertura assicurativa integrativa al Piano Sanitario Base “A”

Art. 5.1 – Beneficiari delle Prestazioni

Le garanzie della presente sezione si applicano:

- 5.1.1 ai componenti del nucleo familiare degli Assicurati previsti agli artt.1.2.1 e 1.2.2 per quanto riguarda le garanzie indicate alla Sezione 4 - Piano Sanitario base “A”;
- 5.1.2 agli Assicurati e relativi nuclei familiari di cui agli artt. 1.2 e 1.4, per le garanzie di seguito elencate.

Art. 5.2 – Ambito di Applicazione

L'assistenza, articolata secondo le prestazioni di cui al successivo Art. 5.6 “Prestazioni” della presente sezione, è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell' Assicurato;
- senza limiti di età;
- senza limitazioni territoriali;
- senza soluzione di continuità per tutte le prestazioni anche nel caso di ricovero con o senza intervento chirurgico, che siano conseguenza di infortuni e/o eventi morbosi anche cronici e recidivanti preesistenti alla data di attivazione del presente contratto. Sono, altresì, ricompresi gli interventi di ricostruzione dipendenti da interventi chirurgici demolitivi, provocati esclusivamente da patologie e/o infortuni, anche se detti interventi demolitivi siano stati effettuati precedentemente all'attivazione dell'assistenza. Tali spese verranno rimborsate dalla Società nel rispetto di quanto disposto dalla presente polizza.

Art. 5.3 – Estensione garanzia A ai soli componenti del nucleo familiare

Tutto quanto previsto e indicato nella precedente Sezione 4 - Piano Sanitario base “A” “Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi”, viene esteso anche ai componenti dei nuclei familiari come definiti dall’articolo 1.4.

Art. 5.4 – Massimale Assicurato – Limiti di Assistenza

Le prestazioni della presente copertura sono erogate fino alla concorrenza della complessiva somma di **€ 200.000,00** fermo restando quanto disposto dal successivo art. 5.6 “Prestazioni” della presente sezione, ove, per “limite di assistenza per nucleo”, si intende la disponibilità massima rimborsabile per tutti i componenti il nucleo familiare Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nell'anno assistenziale.

Art. 5.5 - Scoperto

La copertura delle spese di cui al successivo art. 5.6 “Prestazioni assicurate” avviene con le seguenti modalità:

5.5.1 In caso di prestazioni effettuate in assistenza diretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) e personale medico ambedue convenzionati, le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dall'Assicuratore alle strutture sanitarie ed ai medici convenzionati senza applicazione di scoperto.

Parimenti sono soggette a scoperto del **10%** le spese relative alle prestazioni effettuate in assistenza diretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera e) dell’art. 5.6.1 e lett. c) dell’art. 5.6.2), fermi restando gli specifici limiti temporali.

Sono, infine, rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo 5.6.1 e 5.6.2 che prevedono specifici sottolimiti.

5.5.2 In caso di prestazioni effettuate in assistenza indiretta, vale a dire in strutture sanitarie (pubbliche o private) o con personale medico non convenzionati, le spese sostenute dall'Assicurato sono rimborsate con uno scoperto pari al **10%** senza minimo per sinistro a carico dell'Assicurato; nel caso di Assicurati pensionati viene applicato uno scoperto pari al **10%** senza minimo per sinistro a carico dell'Assicurato.

5.5.3 Le prestazioni effettuate in assistenza indiretta nel pre e post ricovero (visite, accertamenti, terapie e tutte le prestazioni sanitarie di cui alla lettera e) dell’art. 5.6.1 e lett. c) dell’art. 5.6.2), fermi restando gli specifici limiti temporali, sono rimborsate con uno scoperto del **10%** senza minimo entro il massimale annuo autonomo di **€ 5.000.000,00** salvo che per i ticket che vengono comunque rimborsati al 100%.

Sono, infine, rimborsate senza applicazione di scoperti tutte le spese di cui al successivo articolo 5.6.1 e 5.6.2 che prevedono specifici sottolimiti.

5.5.4 In caso di intervento chirurgico effettuato in regime di Day Hospital o ambulatorialmente in assistenza indiretta viene applicato lo scoperto del 30% senza applicazione del minimo (nel caso di Assicurati pensionati lo scoperto applicato è del 35% senza applicazione del minimo).

5.5.5 In caso di prestazione effettuata in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o presso strutture con questo convenzionate, le spese per trattamento alberghiero e/o per ticket sanitari sono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto.

Art. 5.6 – Prestazioni

A. Prestazioni connesse a ricoveri e day hospital con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e parto rese necessarie da infortunio e malattia che risultino in garanzia a termini di polizza.

L'Assicurazione rimborsa:

1. In caso di intervento chirurgico, aborto terapeutico, in istituto di cura o anche ambulatoriale od in regime di Day Hospital:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante attivo e necessario all'intervento;
- b) spese relative all'intervento; i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami effettuati durante il ricovero relativo all'intervento subito;
- c) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami relativamente al periodo del ricovero;
- d) rette di degenza;
- e) accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei **90 gg.** precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'acquisto e/o il noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche) effettuate nei **120 gg.** successivi al termine del ricovero e rese necessarie dall'intervento chirurgico;
- f) spese per il prelievo di organi o parte di essi comprese quelle per il trasporto dell'organo, durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, sono comprese 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;
- g) rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di **€ 100** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni;
- h) trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di **€ 3.000** per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed **€ 6.000** per ricoveri nel resto del mondo;
- i) spese per il rimpatrio della salma, in caso di decesso avvenuto all'estero conseguente ad un ricovero con intervento chirurgico, con il limite di **€ 5.000,00**; in caso di decesso in Italia il trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza dell'Assicurato con il limite di **€ 2.000,00**.
- j) sono convenzionalmente assimilate a prestazioni in day hospital le prestazioni di somministrazione terapeutica di sostanze farmacologiche in organo o apparati (ad esempio iniezioni endoculari o intravireali, somministrazione di farmaci per terapie anti-tumorali, fattori di crescita intra-articolari). Il costo dei farmaci è indennizzato esclusivamente per farmaci previsti dal Prontuario Terapeutico Nazionale ed esclusivamente per la quota esclusa dal SSN. Sono escluse le terapie sclerosanti, le iniezioni endoarticolari (tipo "infiltrazioni") che sono da ricondursi (ove previste a scopo terapeutico) quali prestazioni complementari di visite specialistiche.

2. In caso di ricovero in istituto di cura che non comporti intervento chirurgico o in caso di Day Hospital nonché a seguito di malattia oncologica o di lungo degenza correlata a patologie che impongono la prestazione di cure erogabili esclusivamente in ambiente ospedaliero (ritenendosi per tali le strutture di diagnosi e cura, con esclusione, quindi, delle strutture residenziali, quali ad esempio case di riposo)

- a) Retta di degenza;
- b) assistenza medica ed infermieristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- c) accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei **90 gg.** precedenti il ricovero; esami, medicinali, prestazioni mediche trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), l'assistenza infermieristica per le patologie di cui all'allegato elenco dei grandi eventi morbosi) effettuate nei **120 gg.** successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal ricovero stesso;
- d) per rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di cura o in struttura alberghiera, fino al limite di **€ 100** al giorno per un periodo massimo di **30** giorni;
- e) per trasporto dell'Assicurato e dell'accompagnatore allo e dall'Istituto di cura e quelle da un Istituto di Cura all'altro fino ad un importo massimo di **€ 3.000** per ricoveri in Italia e in Stati della UE ed **€ 6.000** per ricoveri nel resto del mondo;
- f) in caso di i ricoveri dovuti a lungo degenza la Società non rimborserà somma maggiore di **€ 10.330,00** anno/nucleo con il limite di **120gg** anno/nucleo;
- g) spese per il rimpatrio della salma, in caso di decesso avvenuto all'estero conseguente ad un ricovero o Day Hospital senza intervento, con il limite di **€ 5.000,00**; in caso di decesso in Italia il trasporto dal luogo di decesso al comune di residenza dell'Assicurato con il limite di **€ 2.000,00**;
- h) il Day Hospital a scopo preventivo non è previsto. Per il rimborso di visite specialistiche, di analisi cliniche e di esami strumentali a scopo preventivo si rinvia all'apposita garanzia.

3. Parto spontaneo e cesareo

In caso di parto spontaneo o cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata è previsto la copertura massima omnicomprensiva di **€ 2.000,00** per evento senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

B. Visite specialistiche – diagnostica corrente- prestazioni terapiche e fisioterapiche

La Società, nei limiti del massimale annuo di **€ 5.000,00** anno/nucleo, provvede al pagamento diretto o al rimborso delle seguenti prestazioni:

- Onorari medici per visite specialistiche, comprensivi di test ed esami effettuati contestualmente alla visita stessa, con esclusione di quelle odontoiatriche, ortodontiche;
- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici;
- Prestazioni terapiche e fisioterapiche, anche se effettuate presso il domicilio del paziente, con l'esclusione dell'agopuntura.

La copertura delle predette prestazioni avviene con le seguenti modalità:

- se eseguite in assistenza diretta:
 - Assicurato in attività: nessuna franchigia a suo carico;
 - Assicurato titolare di pensione: applicazione di una franchigia a suo carico di **€ 50,00** per ogni prestazione o ciclo di terapia;
- se eseguite in assistenza indiretta:
 - Assicurato in attività o titolare di pensione: rimborso con franchigia a suo carico di **€ 100,00** per ogni prestazione o ciclo di terapia.

Il rimborso di eventuali ticket avviene senza applicazione di franchigie e scoperti.

C. Protesi

Previa presentazione della prescrizione medica attestante la patologia, la Società rimborsa, con il limite di **€ 2.070,00** anno/nucleo, le spese per acquisto, noleggio e riparazione di protesi ortopediche, apparecchi acustici.

Per i soli pensionati si intendono rientranti in garanzia anche gli ausili medici, ortopedici ed acustici.

Le spese sopra indicate vengono rimborsate con uno scoperto del **20%**.

D. Cure Odontoiatriche

L'Assicuratore rimborsa le prestazioni di seguito elencate esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.

1) Prestazioni di Implantologia

La garanzia opera nel caso di applicazione di uno o più impianti, senza alcuna limitazione dell'entità della liquidazione anche nel caso di effettuazione di più impianti da parte dell'Assicurato. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa di €800,00 per ciascun impianto.

2) Avulsione (estrazione denti anche al di fuori di prestazione di implantologia)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), effettuate anche al di fuori delle prestazioni di implantologia, senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'effettuazione della prestazione.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta al netto una franchigia fissa di € 35,00 per ciascuna estrazione semplice e franchigia fissa di € 120,00 per ciascuna estrazione complessa.

3) Altre cure dentarie

CONSERVATIVA

(prestazione – franchigia a carico dell'Assicurato)

Sigillatura (per ogni dente) € 25,00

Cavità di 5^a classe di BLACK € 65,00

Cavità di 1^a classe di BLACK € 65,00

Cavità di 2^a classe di BLACK € 65,00

Cavità di 3^a classe di BLACK € 80,00

Cavità di 4^a classe di BLACK € 80,00

Incappucciamento della polpa € 37,00

Intarsio L.P. – Inlay od onlay € 250,00

Intarsio in ceramica € 300,00

Intarsio in composito € 200,00

Ricostruzione di angoli € 70,00

Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento € 125,00

Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare € 70,00

Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 80,00

Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 130,00

Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 175,50

Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 270,00
Ritrattamento monocanalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 100,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 150,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 195,50
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione) € 290,00

CHIRURGIA

(prestazione – franchigia a carico dell'Assicurato)

Intervento per flemmone delle logge perimascellari € 73,00
Apicectomia (compresa cura canalare) € 155,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento € 100,00
Asportazione cisti mascellari € 259,00
Asportazione di epulide € 93,00
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.) € 130,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc. € 207,00
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento) € 181,00
Frenulotomia o frenulectomia € 37,00
Biopsie (qualunque numero) € 52,00

PROTESICA

(prestazione – franchigia a carico dell'Assicurato)

Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi) € 225,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile € 110,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica € 850,00
Protesi totale immediata (per arcata) € 250,00
Gancio su scheletrato € 40,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP € 150,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi – per arcata) € 800,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo) € 60,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica € 395,50
Corona in L.P. e ceramica integrale € 500,00
Corona protesica in ceramica integrale € 600,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina € 50,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb. € 135,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata € 60,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato € 55,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta € 160,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina € 340,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo) € 189,00
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento) € 350,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento) € 55,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento) € 35,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento) € 70,00

Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte € 20,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica € 50,00

ORTOGNATODONZIA

(prestazione – franchigia a carico dell'Assicurato)

Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno € 1.000,00

Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno € 690,00

Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio € 70,00

Bite notturno € 250,00

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA

(prestazione – franchigia a carico dell'Assicurato)

Levigatura delle radici e/o courettage gengivale € 45,00

Profilassi dentale (lucidatura) € 25,00

Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata) € 25,00

Applicazione topica di fluoro (unica prestazione) € 20,00

Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti) (€ 120,00

Placca di svincolo € 217,00

Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3) € 52,00

Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione) € 175,00

Gengivectomia per dente € 50,00

Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura) € 186,00

Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura) € 259,00

Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso) € 100,00

Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante € 326,00

Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso) € 388,00

Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti) € 434,00

Lembo gengivale semplice € 200,00

Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti € 260,00

DIAGNOSTICA

(prestazione – franchigia a carico dell'Assicurato)

Radiografia endorale (ogni due elementi) € 16,00

Radiografia endorale per arcate € 42,00

Bite wings € 20,00

Radiografia: per ogni radiogramma in più € 11,00

Ortopantomografia od ortopanoramica € 30,00

Teleradiografia € 42,00

Dentalscan 1 arcata € 181,00

Dentalscan 2 arcate € 259,00

Esame elettromiografico € 180,00

Esame Kinesiografico € 200,00

4) Prevenzione Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici,

ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

5) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento, massimo una volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio. L'Assicurato, previo invio del certificato di pronto soccorso, potrà avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza applicazione di alcuna franchigia a carico dell'Assicurato.

SEZIONE 6 – GESTIONE DELLE INTEGRATIVE

Art. 6.1 – Adesione alla formula integrativa

La copertura sanitaria di cui alla Sezione 5 - Piano Sanitario integrativo "B" ha durata 36 mesi dalle ore 00.00 del giorno 01.11.2016 alle ore 24.00 del 31.10.2019 e l'aderente resta obbligato per l'intera durata del contratto a versare i contributi dovuti a cadenza annuale.

In ogni caso la decorrenza della copertura assicurativa prevista dal Piano Sanitario integrativo "B" si intende parificata alla decorrenza della copertura di base.

Entro la data del 31.12.2016 è data facoltà a tutti gli Assicurati di cui all'art. 1.2 di aderire al programma sanitario integrativo regolamentato dalla sezione 5.

L'adesione al Piano Sanitario integrativo "B" consente di estendere le coperture previste alle sezioni 4 e 5 a tutti i componenti del nucleo familiare così come regolamentato dall'art. 1.4.

Non sarà previsto, per l'intera durata del presente contratto, poter aderire alla formula integrativa in data successiva al 31.12.2016.

Per i notai iscritti a ruolo in corso d'anno, i nuovi pensionati ed i neo assunti della Cassa e Consiglio Nazionale del Notariato, il termine per l'adesione alla formula integrativa si intende fissato entro 60 giorni dall'appartenenza alla Cassa Nazionale del Notariato.

Per tutte le entrate avvenute nel primo semestre di decorrenza del Piano Sanitario integrativo "B", il contributo verrà calcolato con la corresponsione dell'intero contributo annuo. Per tutte le entrate avvenute nel secondo semestre, il contributo verrà calcolato con la corresponsione del 60% dell'intero contributo annuo.

Art. 6.2 – Importo del contributo integrativo

Il contributo pro capite relativo alla presente sezione si intende:

pari ad **€ 880,57 (euro ottocentottanta/57)** per la formula "Single" (solo iscritto senza nucleo);

pari ad **€ 1.352,44 (euro milletrecentocinquantaquattro/44)** per la formula "Family" (estensione all'intero nucleo familiare).

Il versamento del contributo pro capite della prima annualità verrà effettuato secondo le modalità previste dall'art 2.9 Sez.2 e dal successivo art.6.3.

L'aderente resta in ogni caso obbligato al versamento del contributo anche per le annualità successive, ciascuna in unica soluzione, con il termine di rispetto di 30 giorni, così come regolamentato all'art. 6.1.

Art. 6.3 – Sconti per numero di aderenti

Al completamento delle procedure di adesione la Società provvederà al conteggio di tutte le adesioni che risulteranno regolarmente concluse alla data del 31 dicembre 2016.

Le risultanze di tale conteggio costituiranno la base per l'applicazione dello sconto sul contributo pro capite secondo la seguente tabella:

Numero Nuclei Aderenti	% di sconto
< 3.000	0%
3.001 - 4.000	3%
4.001 - 6.000	10%
> 6.000	20%

Il saldo del contributo del singolo aderente, da eseguirsi entro il 31 gennaio 2017, verrà computato decurtando il contributo versato all'atto dell'adesione dal contributo risultante dall'applicazione degli sconti previsti nella tabella sopra riportata.

Art. 6.4 - Variazioni in corso d'anno degli Assicurati

Fermo restando che l'assicurazione vale per le persone designate agli artt. 1.2 e 1.4 e che l'adesione alla formula integrativa deve avvenire entro i primi 2 mesi del primo anno di copertura (31/12/2016), sono possibili ulteriori movimentazioni degli Assicurati all'interno della polizza in corrispondenza di particolari eventi documentabili, secondo quanto di seguito riportato.

I nuovi nati si considerano inclusi alla data di nascita sempreché sia stata sottoscritta precedentemente la formula integrativa. I figli ricevuti in adozione si considerano inclusi alla data del deposito del provvedimento, sempreché sia stata sottoscritta precedentemente la formula integrativa e la comunicazione d'inserimento sia data entro l'anno assicurativo di competenza.

Per i matrimoni in corso d'anno, i coniugi si considerano inclusi dalla data risultante dal certificato di matrimonio sempreché si sia sottoscritta precedentemente la formula integrativa e la comunicazione sia data entro l'anno assicurativo di competenza.

Per i nuovi rapporti di convivenza more uxorio, i conviventi si considerano inclusi dalla data di inizio della convivenza attestata con dichiarazione sostitutiva di atto notorio sempreché si sia sottoscritta precedentemente la formula integrativa e la comunicazione sia data entro l'anno assicurativo di competenza.

Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza indicata, la copertura decorrerà dal primo giorno dell'annualità successiva alla data in cui è pervenuta all'Assicuratore la relativa comunicazione.

Esclusione di nuovi Assicurati in corso d'anno: Il venir meno dei requisiti di cui agli artt. 1.2 e 1.4 della sez. 1 non produce effetto ai fini della presente Assicurazione fino alla scadenza dell'anno assicurativo. Tutte le uscite avvenute nel periodo assicurativo annuo verranno posticipate alla scadenza annuale.

Art. 6.5 – Decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato di cui agli artt. 1.2.1 e 1.2.2 le garanzie del Piano Sanitario integrativo "B" resteranno attive fino alla scadenza annuale e potranno essere rinnovate dai familiari per l'anno successivo dietro pagamento del relativo contributo annuo.

Preganziol, 1 novembre 2016



Consigliere Delegato
RBM Assicurazione Salute S.p.A.
Il rappresentante legale

Cassa Nazionale
del Notariato



Cassa RBM

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Art. 1.3 – Limiti di età
- Art. 2.7 – Forma delle comunicazioni
- Art. 2.10 – Nuovi Assicurati
- Art. 2.11 – Effetto e durata dell'assicurazione
- Art. 2.16 – Foro competente
- Art. 3.1 – Oneri dell'Assicurato e Modalità di erogazione delle prestazioni
- Art. 3.5 – Trasmissione elenco Assicurati
- Art. 6.4 - Variazioni in corso d'anno dei Titolari di polizza

Preganziol, 1 novembre 2016

Cassa Nazionale
del Notariato



Cassa RBM

Allegato n.1

GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

- REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE -

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

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

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

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

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

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è necessario avvalersi di medico specialista o da fisioterapista diplomato.

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet www.cassarbmsalute.it.

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

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

L'accesso all'Area Riservata è consentito agli Assistiti ai quali preventivamente sono state rilasciate login e password.

**Per accedere alla propria Area Riservata ed ai relativi servizi online,
sarà sufficiente seguire le seguenti istruzioni:**

- collegarsi al sito: www.cassarbmsalute.it
- cliccare in alto a destra su "Area Riservata"
- inserire nel campo "Login" il proprio codice fiscale (in maiuscolo)
- inserire nel campo "Password" la propria data di nascita **GGMMAAAA** (senza spazi o simboli di divisione)* o quella modificata in precedenza.

***NB. Al fine di attivare tutte le funzionalità telematiche, effettuato il login alla propria Area Riservata, sarà necessario operare la modifica della password di primo accesso.**

Segnaliamo altresì che è possibile usufruire anche 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:

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

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § III, lett. E., "SEGUI LA TUA PRATICA[®]".

Infine, è data l'opportunità agli Assistiti, qualora avessero interesse per un medico e/o una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale nominativo/ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a RBM Assicurazione Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@rbmsalute.it

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** di Cassa RBM Salute per ottenere la relativa autorizzazione.

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

In caso di mancata presentazione all'appuntamento si prega di darne pronta comunicazione alla Centrale Operativa.

A. RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

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

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

- 800.99.17.73 da telefono fisso e cellulare (numero verde gratuito);
- 0039 0422.17.44.213 per chiamate dall'estero.

Per trasmettere eventuale documentazione afferente l'autorizzazione:

- 0422.17.44.713 via fax
- assistenza.cassanotariato@previmedical.it via mail

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

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

Pertanto, fermo il preavviso minimo di 2 gg. (48 h) lavorativi e **qualora la documentazione giustificativa necessaria sia completa**, la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione o diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di Assistenza diretta con le seguenti tempistiche:

- **se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 10 gg. lavorativi dalla data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 5 gg. lavorativi dalla richiesta dell'Assistito;
- **se la richiesta perviene tra i 9 e i 5 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg. lavorativi precedenti la data dell'evento;
- **se la richiesta perviene tra i 5 e i 3 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento**, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 gg. lavorativo precedente la data dell'evento.

Rimane fermo per l'Assistito il diritto a chiedere l'autorizzazione con un preavviso di almeno 2 gg. (48 ore) lavorativi seppur, in tale ipotesi, tale preavviso minimo potrebbe comportare nel caso di diniego dell'autorizzazione, una comunicazione da parte della Centrale Operativa estremamente a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

Esempio 1 – prestazioni ospedaliere - Qualora la richiesta di assistenza diretta ospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 10 giorni (lavorativi) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro i 5 giorni (lavorativi) successivi alla richiesta.

Esempio 2 – prestazioni ospedaliere - Qualora la richiesta pervenga 4 giorni (lavorativi) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione entro 1 giorno (lavorativo) dall'evento.

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

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

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione.

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax o e-mail** alla Centrale Operativa:

- prescrizione della prestazione ospedaliera da effettuare/certificato medico attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;
- diagnosi o quesito diagnostico;

il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

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

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

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

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

A.1.2 LA PREATTIVAZIONE

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.cassarbmsalute.it - AREA RISERVATA, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Prenotazione Ricoveri, visite ed esami in convenzione".

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

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una prima maschera per la scelta della prestazione da attivare in assistenza diretta (ricoveri, visite specialistiche, esami di laboratorio, prestazioni odontoiatriche, ecc.). Successivamente l'Assistito passa ad una seconda maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito potrà indicare:

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

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

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture facenti parte del Network che rispondono ai criteri di ricerca, 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 "Prenotazione Ricoveri, visite ed esami in convenzione".

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

A.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

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

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

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo E-Mail allegando:

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

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

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

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

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

A.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

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

DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

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

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

B. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (ove previsto dal Piano Sanitario)

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

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

- **800.99.17.73** da telefono fisso e cellulare (numero verde gratuito);
- **0039 0422.17.44.213** per chiamate dall'estero.

Per trasmettere eventuale documentazione afferente l'autorizzazione:

- **0422.17.44.713** via fax
- assistenza.cassanotariato@previmedical.it via mail

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

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

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 2 giorni (di calendario) per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie (se previste dal proprio piano sanitario), rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

La Centrale Operativa di Cassa RBM Salute è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

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

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

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

- l'anagrafica dell'interessato;

- lo “status” dell’Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell’Assistito).

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

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

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

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

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l’Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l’autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.

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

B.1.2 LA PREATTIVAZIONE

L’Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.cassarbmsalute.it sezione Area Riservata, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata “Prenotazione Ricoveri, visite ed esami in convenzione”.

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

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l’Assistito avrà accesso ad una prima maschera per la scelta della prestazione da attivare in assistenza diretta (ricoveri, visite specialistiche, esami di laboratorio, prestazioni odontoiatriche, ecc.). Successivamente l’Assistito passa ad una seconda maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l’Assistito potrà indicare:

- la ragione sociale della struttura stessa;

- la provincia ove è ubicata la struttura.
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

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

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture facenti parte del Network che rispondono ai criteri di ricerca, 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 "Prenotazione Ricoveri, visite ed esami in convenzione".

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

B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

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

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

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax o e-mail allegando:

- prescrizione/certificato medico contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure Dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

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

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

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

B.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

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

DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE

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

II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

C. DOMANDA DI RIMBORSO

C.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO

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

- documentazione medica

a) prescrizione con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (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;

In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Si precisa che non sono ammessi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

b) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

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

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

- documentazione di spesa quietanzata (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

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

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

La somma spettante all'Assistito è calcolata con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

C.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

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

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

Cassa RBM Salute
Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale
Via Enrico Forlanini, 24 – Località Borgo Verde
31022 Preganziol (TV)

C.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera C.2, l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso (login e password) 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'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.cassarbmsalute.it (AREA RISERVATA).

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

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

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere comunque avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente § II, lett. C.2).

III. SERVIZI ACCESSORI

D. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

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

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

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

E. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

E' a disposizione il servizio **"SEGUI LA TUA PRATICA"**; l'Assistito dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Assistito riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito 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 reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

F. ACCESSO A "GATE 179"

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.rbmsalute.it - AREA POLIZZE, l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

L'applicazione web di RBM Assicurazione Salute per l'accesso a questi dati si chiama "GATE 179".

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per entrare nell'Area Riservata POLIZZE dal sito www.rbmsalute.it.

Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail assistenza@rbmsalute.it o contattando il numero 199 288 050 (numero a pagamento per il solo costo di tariffazione ordinaria del proprio operatore telefonico per chiamate da rete fissa e mobile).

Il servizio di Help Desk è attivo dalle 9:00 alle 12:30 e dalle 14:30 alle 17:30.

GATE 179 è attivo a decorrere dai termini previsti dalla normativa vigente in materia.

G. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE “Citrus RBM Salute”

Cassa RBM Salute rende disponibile una APP Mobile per accedere alle seguenti funzioni:

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

Per accedere a tutti i servizi tramite l'APP Mobile “Citrus RBM Salute” sarà sufficiente effettuare il login utilizzando le medesime credenziali di accesso dell'Area Riservata On-line.

H. GARANZIE ACCESSORIE

Per accedere alle **garanzie accessorie** previste dal Piano Sanitario alla sezione 3 art. 3.2 del Capitolato Tecnico, l'Assistito dovrà contattare la Centrale Operativa.

ALLEGATO 2

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.

Cookies

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

Diritti dell'interessato⁽⁵⁾

Titolare del trattamento è RBM Assicurazione 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 di RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

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.

ALLEGATO 3

INFORMATIVA RELATIVA ALLE AREE WEB RISERVATE ATTIVATE AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO IVASS N. 7 DEL 16 LUGLIO 2013

Ai sensi del **Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013**, recante disposizioni in materia di gestione dei rapporti assicurativi via web, RBM Assicurazione Salute S.p.A. attiva, nel rispetto della tempistica prevista dal suddetto Provvedimento, **Aree Riservate** in cui il Contraente/l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per entrare nell'Area Riservata POLIZZE dal sito www.rbmsalute.it.

Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail assistenza@rbmsalute.it o contattando il numero 199 288 050 (numero a pagamento per il solo costo di tariffazione ordinaria del proprio operatore telefonico per chiamate da rete fissa e mobile).

Il servizio di Help Desk è attivo dalle 9:00 alle 12:30 e dalle 14:30 alle 17:30.

GATE 179 è attivo a decorrere dai termini previsti dalla normativa vigente in materia.”

Milano, 24 Ottobre 2013



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

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

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

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 60.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

