

ESTRATTO CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

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

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

Fondo grigio: decadenze, nullità, limitazione delle garanzie, oneri a carico del contraente o dell'assicurato

Box blu: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

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

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione, gli iscritti di NURSING UP - Associazione Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica, in possesso dei seguenti requisiti:

- regolarità del pagamento della quota associativa
- avvenuto completamento della procedura on line di attivazione annuale dei servizi gratuiti messi a disposizione da NURSING UP, a favore dei propri associati, sul sito www.nursingup.it. e successiva ricezione della mail di conferma di avvenuta attivazione dei servizi, alla propria casella di posta elettronica indicata nel form di attivazione.

Sono altresì assicurati gli iscritti Nursing Up che ricoprono la qualifica di dirigente in distacco od in aspettativa che, per espressa previsione statutaria, sono esentati dal versamento della quota associativa. In caso di errato completamento della procedura per l'attivazione annuale dei servizi gratuiti e/o mancata ricezione della mail di conferma, l'iscritto non può essere assicurato per il relativo anno, a prescindere dal regolare pagamento della quota associativa.

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

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Broker: intermediario di assicurazione iscritto alla Sez. B del Registro Unico Intermediari (RUI).

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

CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero,

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

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

Compagnia: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Contraente: NURSING UP - Associazione Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica, via Carlo Conti Rossini n. 26, 00147 – Roma, C.F. 96340350584, che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del versamento del premio.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

Evento e Data Evento:

- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.
Data evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.

Indennizzo: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro, coperto dalle presenti CDA.

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

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

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

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

Non sono istituto di cura:

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

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata.

Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

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

La gravidanza non è considerata malattia.

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

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

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.com o nell'App mobile.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

Polizza: contratto di assicurazione.

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

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Costituisce parte integrante della Polizza.

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

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

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

Tecniche di comunicazione a distanza

tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista).

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007¹.

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2019²

Patrimonio netto: € 306.026.694,00

di cui

- capitale sociale: € 160.000.000,00

- totale delle riserve patrimoniali: € 100.873.413,00

Indice di solvibilità^[2]: 175% (185% al netto dell'add on di capitale)

Art. 3. Carenza contrattuale

Non prevista.

Art. 4. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 5. Diritto di recesso

Non previsto

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

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze³.

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2021, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2022.

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

Art. 7. Reclami

7.1 Come fare reclamo

¹ G.U. 255 del 2 novembre 2007.

² I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).

^[2] L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.

³ Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.

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

- compilando il form on line (<https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html>),
- per posta ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami – Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
- per fax: 0110932609
- per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com
- a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

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

Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi.

Liti transfrontaliere

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

7.2 Risposte al reclamo

Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.

Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
fax: 06.42133206
pec: ivass@pec.ivass.it
informazioni su www.ivass.it
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria⁴ per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

⁴ D. Lgs. 28/2010, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8. Cosa si assicura

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

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

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

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione⁵.

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

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

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 10. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dal comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁶. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento⁷.

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

11.1 Decorrenza

L'assicurazione dura 1 anno e ha effetto:

- dalle ore 24:00 del giorno 31/12/2020 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro 30 giorni dalla decorrenza di polizza
- altrimenti dalle ore 24:00 del giorno dopo il pagamento.

In mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano), l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno 90 giorni prima della scadenza del contratto.

Fermo quanto sopra indicato, per ogni iscritto assicurabile, le Parti concordano che la garanzia per il singolo assicurato decorre annualmente, dalla data cronologicamente più recente tra le due date che seguono:

- Il primo giorno del mese successivo a quello:

⁵ Articoli 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice civile.

⁶ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

⁷ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

- in cui l'ente di appartenenza dell'iscritto al Nursing Up opera il prelievo del contributo sindacale (contributo associativo) in favore di Nursing Up, per coloro che lavorano in qualità di dipendenti
 - in cui viene accreditato il bonifico della quota associativa a favore del Nursing Up per liberi professionisti, pensionati, non dipendenti o dipendenti impossibilitati ad ottenere l'addebito del contributo sindacale (contributo associativo) dello stipendio.
- la data di attivazione dei servizi gratuiti annuali

11.2. Premio

.....OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)....

11.3 Anagrafica

.....OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)....

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

12.1 Nuove iscrizioni

per i singoli Assicurati, così come definiti alla relativa voce del Glossario, la copertura assicurativa scade in ogni caso alle ore 24 del 31/12 di ogni anno di competenza e decorre annualmente, dalla data cronologicamente più recente tra le due date che seguono:

1. Il primo giorno del mese successivo a quello:

- in cui l'ente di appartenenza del lavoratore dipendente iscritto al Nursing Up opera il prelievo del contributo sindacale (contributo associativo) in favore di Nursing Up;
- in cui viene accreditato il bonifico della quota associativa a favore del Nursing Up per gli iscritti liberi professionisti, i pensionati, i non dipendenti o i dipendenti impossibilitati ad ottenere l'addebito sullo stipendio del contributo sindacale (contributo associativo).

2. la data di attivazione dei servizi gratuiti annuali, ricevuta la mail di conferma.

A prescindere dal momento di inclusione in copertura, il premio è dovuto sempre al 100%, per l'intero periodo di copertura.

12.2 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla prima scadenza annua utile.

.....OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)....

12.3 Regolazione premio

.....OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)....

12.4 Categorie assicurate

- iscritti di NURSING UP - Associazione Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica, non rientranti tra le categorie di cui all'art. 26 "Persone non assicurabili", in regola con il pagamento della quota associativa e che abbiano completato correttamente ed annualmente l'adesione on line ai servizi gratuiti forniti dal Nursing Up.

Art. 13. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale in tutto mondo.

Art. 14. Forma delle comunicazioni

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

Art. 15. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

.....OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)....

Art. 16. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

.....OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)....

Art. 17. Assicurazione per conto altrui

Questa assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato⁸.

Art. 18. Regime fiscale

.....OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)....

Art. 19. Foro Competente

Per le controversie

.....OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)....

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

Art. 20. Controversie: mediazione

Per controversie connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente⁹.

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

⁸ Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

⁹ D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.

Sezione II

CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 22. Descrizione delle prestazioni Assicurate

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

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

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

A) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Prestazioni odontoiatriche particolari

Sono pagate le spese per una seduta di ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.



Nel caso in cui, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nello stesso anno assicurativo, la Compagnia, previa comunicazione da parte della struttura sanitaria convenzionata, liquida anche questa ulteriore prestazione, con le stesse modalità utilizzate per la prima prestazione. Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi.

La prestazione, fruibile una volta l'anno, presso strutture sanitarie convenzionate del Network, indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione, può essere eseguita per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici in soggetti che hanno familiarità con gli stati patologici.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigie e scoperti non previsti

2. Cure odontoiatriche

Sono pagate le spese per una prestazione eseguibile, una volta all'anno da ogni Assicurato, presso strutture sanitarie convenzionate del Network, a scelta tra:

- otturazione
- avulsione

È inclusa anche una visita odontoiatrica specialistica preventiva.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigie e scoperti non previsti

Art. 23. Estensioni di garanzia

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

CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 24. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose commesse con dolo o colpa grave, conseguenze di tentato suicidio ed atti autolesivi
- 2) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad abuso di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- 3) infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"
- 4) infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti
- 5) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- 6) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti, guerre e insurrezioni
- 7) protesi dentarie, cura delle parodontopatie, cure dentarie e accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto in polizza
- 8) cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze
- 9) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)
- 10) prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, cure a carattere sperimentale e medicinali biologici
- 11) tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali
- 12) conseguenze dirette o indirette di pandemie
- 13) tutto quanto non espressamente previsto dal presente contratto

Per le prestazioni previste al punto "Cure odontoiatriche" l'assicurazione non opera per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Art. 25. Persone non assicurabili

Le persone che alla decorrenza dell'assicurazione abbiano già compiuto 80 anni. Per gli Assicurati che raggiungono il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

ONERI IN CASO DI SINISTRO

Procedura di accesso alle prestazioni in Assistenza diretta

26.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta o mista

a) Prima della prestazione

L'Assicurato deve preventivamente richiedere l'autorizzazione alla Centrale Operativa (operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione giustificativa necessaria, con un preavviso di almeno 48 ore lavorative prima dell'evento.

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

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

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

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

Il rilascio dell'autorizzazione può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati agli Iscritti Nursing Up:
 - 800.99.17.59 da telefono fisso o da cellulare
 - + 39 0422.17.44.479 per chiamate dall'estero.

Dati da fornire alla Centrale Operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione;
- prestazione da effettuare
- data della prestazione
- diagnosi o quesito diagnostico.

L'Assicurato potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o App mobile, nonché attraverso l'interlocazione telefonica con la Centrale Operativa.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it o tramite App mobile.

Documenti da fornire alla Centrale Operativa

.....OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)....

Non è richiesta per le prestazioni di prevenzione (sanitaria e odontoiatrica)

.....OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)....

- **prestazioni odontoiatriche:** per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:

- **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan e/o Teleradiografie**
- **referto dell'esame istologico in caso di asportazione di cisti mascellari o biopsie**
- **certificati di laboratorio**

come meglio dettagliati nella tabella sotto riportata:

| | Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti | Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti | Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti |
|--|---|--|--|
| CONSERVATIVA (ad esempio cavità di 5^a classe di BLACK) | Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche | Fotografie in caso di: intarsi, amputazione coronale della polpa (polpotomia) e otturazione cavo pulpare, incappucciamento della polpa | Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi, anche certificato di laboratorio |
| CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice) | Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche | Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotetico | Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di asportazione cisti mascellari: anche esame istologico e ortopanoramica post prestazione (ortopanoramica in alternativa a Rx endorale). disinclusione denti ritenuti: anche ortopanoramica post prestazione. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche il certificato dell'anestesista biopsie: esame istologico post prestazione. |
| IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato) | Radiografie endorali e/o ortopantomiche e/o Dentalscan | | Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche |
| PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile) | Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche | | Fotografie intraorali e certificato di laboratorio |
| ORTOGNATODONZIA (per es. terapia ortodontica con apparecchiature fisse) | Ortopantomica, teleradiografia, fotografie intraorali e dei modelli in gesso singoli e in occlusione | | Fotografie post prestazione (con apparecchio applicato) |
| PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici) | Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche | Fotografie in caso di: chirurgia gengivale, chirurgia mucogengivale o abbassamento di fornice, amputazioni radicolari, chirurgia ossea, innesto autogeno o di materiale biocompatibile, lembo gengivale semplice, lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti mucogengivali, levigatura delle radici e/o courettage gengivale. | Fotografie e/o radiografie endorali |
| IGIENE ORALE (ablazione del tartaro) | | | Fotografie intraorali post prestazione |
| DIAGNOSTICA (per es. radiografia endorale) | | | Immagine referto |

.....

.....OMISSIS (di esclusiva comp

.....OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)....

L'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmessa all'Assicurato **a mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assicurato dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail dell'autorizzazione. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione dell'autorizzazione la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno del sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

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

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 3 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

RBM Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

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

b) Mancata attivazione della Centrale Operativa

Se l'Assicurato ha effettuato una prestazione presso una struttura sanitaria convenzionata senza prima attivare la Centrale operativa, non è riconosciuto il rimborso della prestazione.

c) Dopo l'esecuzione della prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali prestazioni non contemplate dalla Condizioni di Assicurazione).

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura convenzionata della fattura e della documentazione medica richiesta all'Assicurato e/o alla Struttura Sanitaria (ad esempio la cartella clinica).

d)OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente).....

CAPITOLO 4 - DISPOSIZIONI VARIE

Art. 27 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato all'Intermediario indicato in Polizza, in qualità di Broker, il mandato a rappresentarlo ai fini della gestione della presente Assicurazione, pertanto ogni comunicazione fatta dalla Società all'Intermediario sarà considerata come fatta al Contraente o all'Assicurato, ed ogni comunicazione fatta dall'Intermediario alla Società sarà considerata come fatta dal Contraente o dall'Assicurato.

Il Broker è altresì autorizzato ad effettuare l'incasso dei premi, rilasciando apposita quietanza.

Sezione III

Capitolo 1 - ComfortSalute®



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

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

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

a) Informazione e orientamento medico telefonico

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

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

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

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

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

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

c) Consulenza telefonica medico-specialistica

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2) CARD ELETTRONICA (INTESA SANPAOLO RBM SALUTE – PREVIMEDICAL)

In caso di prestazioni non previste dal piano sanitario o di massimali esauriti, è a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al Network sanitario.

L'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati che aderiscono al circuito Card si trova sul sito www.previmedical.it o può essere chiesto per telefono alla Centrale Operativa.

La Card è nominativa e si può scaricare dall'app mobile.

3) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

È a disposizione il servizio "Segui la tua pratica", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l'invio di SMS.**

L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso.

Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso
- b) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso
- c) eventuale rifiuto della domanda di rimborso perché non indennizzabile.

4) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

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

Sul sito internet

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

App mobile "Citrus"

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

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

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