

Offerta Piani Sanitari Integrativi per il Personale Dipendente

del Gruppo Banco Desio

A. COMPANY PROFILE

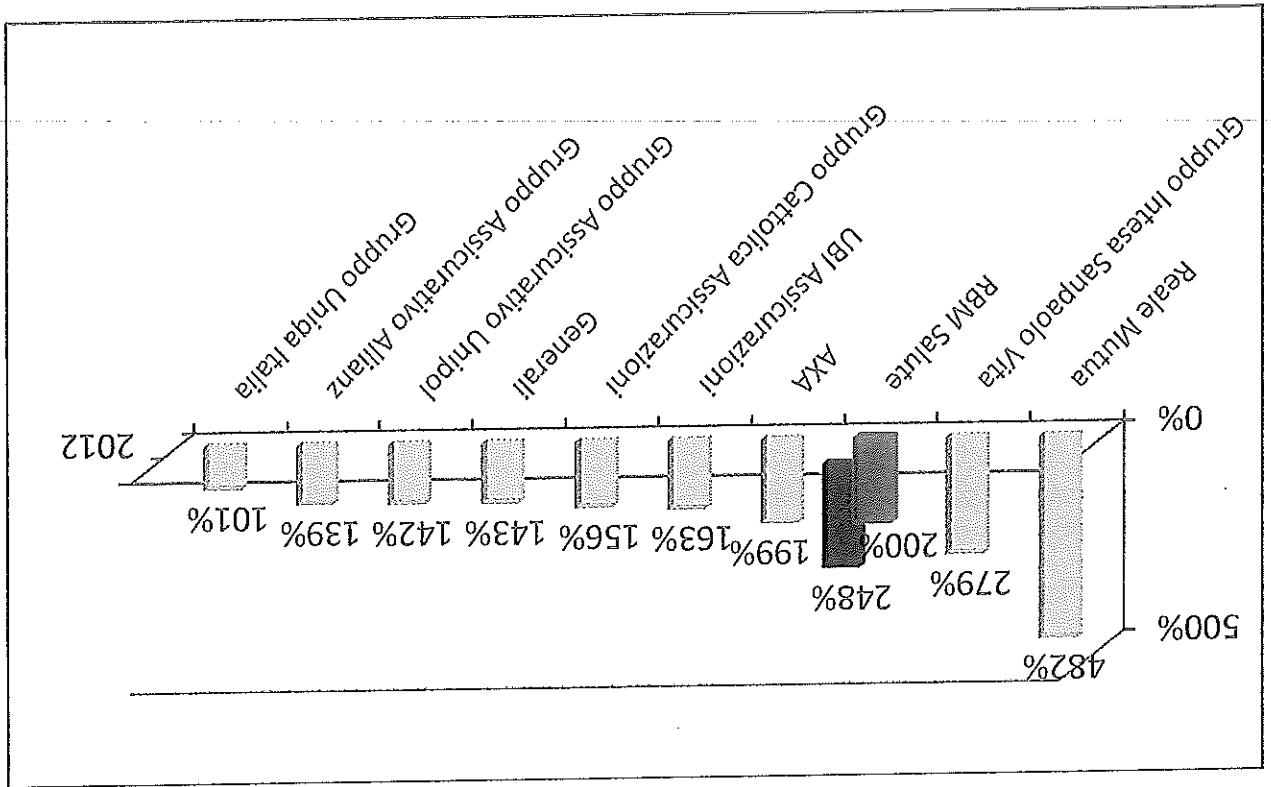
### A.1 Chi Siamo

**RBM Salute S.p.A.** è la più grande Compagnia specializzata in Italia nell'assicurazione sanitaria per raccolta premi e per numero di assicurati. Si prende cura ogni giorno degli assistiti delle più Grandi Aziende Italiane, dei principali Fondi Sanitari Integrativi Contrattuali, delle Casse Assistenziali, degli Enti Pubblici, delle Casse Professionali e di tutti i Cittadini che l'hanno scelta per prendersi cura della loro salute. Con RBM Salute la persona è sempre al centro perché prima delle spese sanitarie la nostra *mission* è assicurare la Salute. Attualmente RBM Salute è il partner assicurativo scelto da oltre 130 tra i più importanti Fondi Sanitari Integrativi e Casse di Assistenza operanti sul territorio nazionale (quali ad es. la **CASDIC** - Cassa di Assistenza Sanitaria Integrativa del settore credito, Cassa **Un.C.A.** - Gruppo **Unicredit**, Piani Sanitari Banca d'Italia, la **CASPOP** - Cassa di Assistenza Sanitaria Integrativa del Gruppo Banco Popolare, Piani Sanitari Banco Popolare, i Piani Sanitari del Gruppo Banca Mediolanum, i Piani Sanitari del Gruppo Banco Veneto Banca, Piani Sanitari **Citigroup**, Piani Sanitari **Credit Suisse**, **FASIF** - Fondo Sanitario Integrativo del personale non dirigente del Gruppo **FIAT**, Fondo Sanitario **Sonderre** Ferrari, **INARCASSA**, **CASSA NAZIONALE DEL NOTARIATO**, **FEDERDISTRIBUZIONE** - Fondo Sanitario Integrativo personale non dirigente della **DMO**, il Piano Sanitario del Gruppo **EQUITALIA**, il Piano Sanitario della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Piano Sanitario dei Dirigenti del Gruppo Poste Italiane, il Piano Sanitario dei Dirigenti del Gruppo Ferrovie dello Stato, **LASSIDAI** - Fondo Sanitario Integrativo di Dirigenti e Quadri del Settore Industriale, Fondo Sanitario Gruppo **Volkswagen**, Piano Sanitario **Ducati**, il **FASIRAI** - Fondo Sanitario del Gruppo **RAI**, il Piano Sanitario dei Gruppi **Mediaset** e **FININVEST**, il Piano Sanitario **AVCP** - Autorità di Vigilanza Contratti Pubblici, il Piano Sanitario dell'Autorità Garante della Privacy, il Piano Sanitario della Marina Militare, dell'Aeronautica Militare, dell'Esercito Italiano, dell'Arma dei Carabinieri, **FASIB** - Fondo Sanitario Integrativo Settore Energia e Petroli, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Università degli Studi di Roma Tre, Gruppo Aeroporti di Roma, **SANINVENTO** - Fondo personale dipendente delle aziende artigiane della Regione Veneto, **SANIFONDS Landesgesundheits-Fonds** - Fondo personale dipendente delle aziende artigiane della Provincia Autonoma di Bolzano, ...).

### A.2 Ranking ANIA

Attualmente RBM Salute è la prima Compagnia specializzata nel ramo salute e la seconda nel ranking ANIA delle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione sanitaria.





**A5.2 Rating RBHOLD S.p.A.**

Con riguardo al rating della Compagnia si fa riferimento al rating della Capogruppo RBHOLD S.p.A. (S.B.1). Si ricorda inoltre che RBM Salute ha in corso un trattato di riassicurazione proporzionale per i rischi assunti con Swiss Re.

**A.5.3 Rating Swiss Re.**

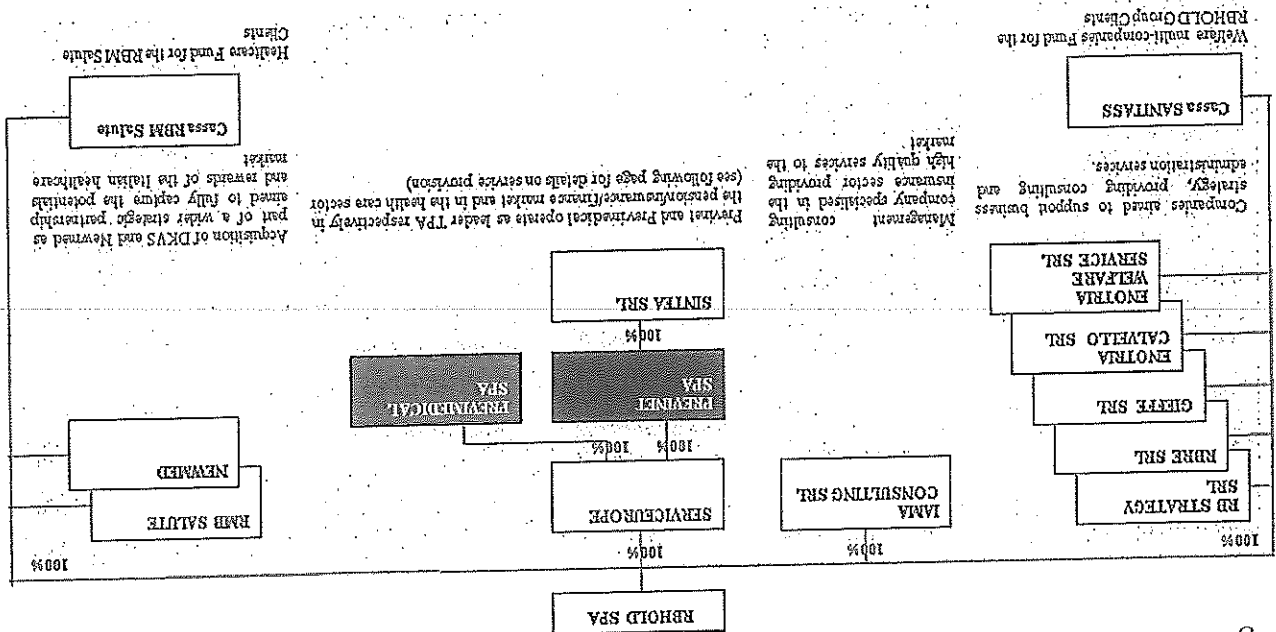
RATING AGENCY	FINANCIAL STRENGTH RATING	OUTLOOK	LAST UPDATE	DEBT RATINGS LONG-TERM DEBT	SUBORDINATA TED DEBT	SHORT-TERM DEBT
Standard & Poor's	AA- (Very strong)	Stabile	30/11/2015	AA-	A	a-1+
Moody's	Aa3 (Excellent)	Stabile	15/12/2015	Aa3	A2	p-1
A.M. Best	A+ (Superior)	Stabile	11/12/2015	aa-	A	amb-1+

**B. GROUP PROFILE**

**B.1 Gruppo RBHOLD S.p.A.**

RBHOLD S.p.A. è un Gruppo italiano costituito il 4 giugno 2009 con l'obiettivo di creare un centro di eccellenza nel settore del Welfare Integrativo.

Il Gruppo ha un Rating Score CB pari a 4 (Assoluta Solvibilità) in assenza di indebitamento a medio a lungo termine. Infatti nessuna società del Gruppo ha mai accesso finanziamenti a medio/lungo termine o utilizzato la leva finanziaria per operazioni di finanza straordinaria. Il Gruppo RBHOLD e tutte le sue società partecipate sono esenti da qualsiasi pegno, ipoteca, diritto di terzi o altro gravame pregiudizievole. La capogruppo RBHOLD S.p.A. ha come *mission* l'aggregazione di partecipazioni strategiche nel settore dell'assistenza sanitaria integrativa, della previdenza complementare e dei servizi in outsourcing ed il coordinamento della Tesoreria del Gruppo. L'organigramma di Gruppo è il seguente:



Di seguito si illustrano le principali caratteristiche delle società partecipate nel settore del Welfare Integrativo da RBHOLD S.p.A.:

- RBM Salute S.p.A.: *cf. § A.1)*
- Previmedical S.p.A.: *cf. § C.1)*
- Previnet S.p.A. è *market leader* nella gestione dei Fondi Pensione (oltre 220 Fondi per 2.500.000 aderenti e oltre 13 miliardi di euro ANDP) ed è specializzata nei servizi in *outsourcing* (gestione di portafoglio, gestione contabile, gestione sinistri e valorizzazione NAV) per le Compagnie di Assicurazione (Rami Vita e Danni), le SGR, le SIM e le SICAV. Previnet, possiede il 100% di Sintea S.r.l (TO) primaria società di produzione di soluzioni applicative di front office per il settore finanziario ed assicurativo.
- Iama Consulting è società di riferimento nel settore assicurativo e bancario a cui offre servizi di consulenza direzionale, formazione e *market intelligence*. La società, in particolare, vanta un'ampia esperienza quale consulente specializzato nei settori del Welfare Aziendale e del Welfare Integrativo Contrattuale.
- Newmed S.p.A. è società specializzata nella gestione in outsourcing dei sinistri (prodotti dei Rami 1 (Infortuni), 2 (Malattia) 18 (Assistenza) dell'assicurazione danni).

RBM Salute, pur possedendo la predetta rete di strutture convenzionate, ha stipulato un'apposita convenzione con Previmedical S.p.A. per garantire ai propri assicurati di poter accedere al Network del TPA; pertanto, la presente proposta prevede la messa a disposizione in favore dei dipendenti del Gruppo Banco Desio della rete convenzionata Previmedical.

Previmedical, infatti, ha sviluppato il più ampio network di strutture sanitarie convenzionate (in ambito sanitario, odontoiatrico ed assistenziale) operante su tutto il territorio nazionale ed è oggi la più grande centrale di acquisto ("General Contractor") di prestazioni sanitarie private in regime solvente o di libera professione intramuraria. Attraverso il proprio network PRVIMEDICAL garantisce capillarità assoluta dei centri convenzionati, tariffe molto competitive, qualità delle prestazioni sanitarie e la possibilità per l'assistito di non anticipare il costo delle prestazioni sanitarie ricevute.

Previmedical ha anche ottenuto la Certificazione "PREVIMEDICAL, Struttura Sanitaria TOP QUALITY" orientata all'Escellenza Qualitativa e alla garanzia di un servizio Top Quality attraverso l'applicazione di una costante procedura di monitoraggio e auditing svolta dall'Ufficio Convenzioni Previmedical e dall'Ente di Certificazioni esterno QuaSer.

Si rinvia per dettagli in merito al Network di Previmedical al successivo § C.1.

**D. Total Quality Management Certificato**

RBM Salute e Previmedical vantano entrambe un completo e strutturato impianto di Certificazioni conseguite secondo gli Standard Internazionali ISO/UNI EN che assicurano la Qualità Totale e l'Orientamento all'Escellenza sia del Sistema di Gestione che dei Servizi erogati.

Controllo totale dell'Organizzazione e delle Performance di Servizio orientati alla Customer Satisfaction, Full Compliance, Efficienza ed Innovazione continua, rappresentano i fondamentali di ciascun Sistema di Qualità Certificato rigorosamente implementato da Previmedical e da RBM Salute, sotto la stretta sorveglianza degli audit esterni periodici condotti dai rispettivi Enti di Certificazione garantiti dalle metodologie applicate e dei risultati ottenuti.

Modelli Organizzativi, Prestazioni dei Servizi erogati, Infrastrutture Tecnologiche, Hardware e Software di entrambe le Aziende, Network Sanitario sono governati da rigorose metodologie Certificate che coinvolgono la totalità del workflow dei processi aziendali:

- Sistema di Gestione, Monitoraggio, Misurazione e Tracciabilità di Processi, Prestazioni e Obiettivi dell'Organizzazione Aziendale;
- Livelli di Prestazione del Servizio (organizzativo e infrastrutturale) di Contact Center e Relazioni Esterne;
- Rilevazione della Customer Satisfaction estesa anche all'Operatore telefonico di Contact Center e alla Struttura Sanitaria del Network convenzionato;
- Training continuo delle Risorse Umane con programma di sorveglianza e valutazione continuo di apprendimento e certificazione competenze acquisite;
- Sviluppo Applicativi, Piattaforme Web, Servizi di Information & Communication Technology, Canali di Comunicazione forniti per fruizione, il controllo e l'accesso agevole ai servizi erogati;

- Sicurezza del Data Center e dei dati in esso contenuti, delle Infrastrutture Tecnologiche, Hardware e Software;

- Protocollo di Selezione e Valutazione delle Strutture del Network Sanitario convenzionato secondo criteri di Eccellenza Qualitativa.

RBM Salute e Previmedical sono pertanto due società dotate ciascuna di un proprio distinto **MODELLO di QUALITÀ GLOBALE CERTIFICATO: un'architettura unica orientata alla Customer Satisfaction assoluta e alla ricerca del Miglioramento Continuo.**

Si riportano a seguire le principali Certificazioni acquisite da RBM Salute e Previmedical.

### D.1 Certificazioni di Qualità RBM Salute

RBM Salute è in possesso delle seguenti certificazioni:

- **Certificazione di Qualità ISO 9001 del Sistema di Gestione Aziendale** (Settori di riferimento HA 32 - Assicurativo, HA 35 - Brogazione dei Servizi elencati nella certificazione e HA 33 - Tecnologia dell'Informazione) per i servizi di:

⇒ Sviluppo, Emissione, Assicurazione e Gestione di polizze sanitarie, dentarie, LTC "ramo danni" ed infortuni di natura collettiva (Fondi Sanitari, Casse di Assistenza, Piani Aziendali), individuale (Retail e Bancassurance) ed Open Group (Affinity). Selezione, sviluppo, convenzionamento e gestione di network sanitari per l'assistenza sanitaria integrativa e l'assicurazione salute. Customer care, call e contact center, teleconsulenza medica, supportati da piattaforme web e App Mobile, soluzioni informatiche con integrazione dei relativi servizi dell'Information & Communication Technology ideate, sviluppate, gestite e fornite.

- **Certificazione UNI EN 15838:2010: (EN 15838:2009) e UNI 11200:2010 Contact Center e Relazioni Esterne**, rilasciata per i seguenti servizi: Servizio di Contact Center Inbound per la gestione dei servizi in ambito assicurativo e sanitario, relazione con i clienti, utenti e con il network delle strutture convenzionate, attraverso piattaforma web, telefonica e APP mobile. La certificazione attesta la qualità, la trasparenza e l'accuratezza del Servizio di Contact Center (è una certificazione proprio di Servizio/Prodotto erogato, non di Organizzazione). La certificazione di Prodotto (Servizio Contact Center) attesta la qualità, la trasparenza e l'accuratezza dei servizi del Contact Center in ambito assicurativo e sanitario, di relazione con i clienti, utenti e con il network delle strutture convenzionate, attraverso piattaforma web, telefonica e APP mobile. La certificazione secondo i più elevati standard riconosciuti a livello internazionale rappresenta garanzia di affidabilità, di livelli prestazionali qualitativi e quantitativi del servizio e dell'architettura infrastrutturale del Contact Center.

### D.2 Certificazioni di Qualità Previmedical

Previmedical è in possesso delle seguenti certificazioni:

- **Certificazione ISO 9001** (Settori di riferimento HA 35 - Brogazione dei Servizi elencati nella certificazione ed HA 33 - Tecnologia dell'Informazione) per i servizi di:

⇒ Progettazione ed erogazione di servizi gestionali, amministrativi, liquidativi, customer care, call e contact center, centrale operativa, teleconsulenza medica, supportati da piattaforma web e App Mobile, soluzioni informatiche con integrazione dei relativi servizi dell'Information & Communication Technology ideate, sviluppate, gestite e fornite.

⇒ Fornitura, sviluppo e gestione di network sanitari odontoiatrici ed assistenziali dedicati per Società, Fondi, Compagnie ed Enti operanti nei settori della sanità integrativa, dell'assicurazione malattia, dell'assistenza, degli infortuni, dell'invalidità, della precarietà e della non autosufficienza.

• Certificazione UNI EN 15838:2010; (EN 15838:2009) e UNI 11200:2010 Contact Center e Relazioni Esterne, per i seguenti servizi: Servizio di Contact Center Inbound per la gestione dei servizi in ambito assicurativo e sanitario, relazione con i clienti, utenti e con il network delle strutture convenzionate, attraverso piattaforma web, telefonica e APP mobile. La certificazione attesta la qualità, la trasparenza e l'accuratezza del Servizio di Prodotto (Servizio Contact Center) attesta la qualità, la trasparenza e l'accuratezza dei servizi del Contact Center in ambito assicurativo e sanitario, di relazione con i clienti, utenti e con il network delle strutture convenzionate, attraverso piattaforma web, telefonica e APP mobile. La certificazione rappresenta garanzia di affidabilità, di livelli prestazionali qualitativi e quantitativi del servizio e dell'architettura infrastrutturale del Contact Center.

• Certificato del Sistema di Gestione per la sicurezza delle Infrastrutture Tecnologiche ISO/IEC 27001:2013 riferito ai processi di Gestione dell'Infrastruttura tecnologica e dei servizi informativi a supporto dell'erogazione di servizi amministrativi della sanità integrativa e del welfare.

• QUASER Certificazioni in merito al Network sanitario convenzionato. Il protocollo di selezione, monitoraggio, valutazione e controllo di ciascuna delle Strutture Sanitarie ammesse al Convenzionamento, i Livelli di Servizio Offerti dal Network Sanitario sono Qualificati e Verificati attraverso l'applicazione della Certificazione "PREVIMEDICAL Struttura Sanitaria e TOP QUALITY" orientata all'Esellenza Qualitativa e alla garanzia di un servizio Top Quality attraverso l'applicazione di una costante procedura di monitoraggio e auditing svolta dall'Ufficio Convenzioni Previmedical e dall'Ente di Certificazioni esterno Quaser.

Si riporta a seguire scheda di sintesi del piano sanitario dedicato al personale dipendente in servizio del Gruppo Banco Desio:

Piano Sanitario GRUPPO BANCO DESIO AREE PROFESSIONALI Q1, Q2, Q3 e Q4	
PREMI	
DIPENDENTE E NUCLEO FAMILIARE (CONIUGE/CONVIVENTE E FIGLI MINORENNI E/O CONVIVENTI COME DA STATO DI FAMIGLIA)	€ 700,00
AREA OSPEDALIERA	
RICOVERO CON/SENZA INTERVENTO/DAV HOSPITAL e INTERVENTO AMBULATORIALE	
Massimale Condizioni: In rete Mista Fuori rete	€ 300.000 anno/nucleo 100% Struttura 100% Equipie: scoperto 20% minimo non Indennizzabile di € 1.500 scoperto 20% minimo non Indennizzabile di € 1.500
Limite Retta Degenza solo Fuori Network Pre/Post	100% (cure termali e fisioterapia solo in caso di ricovero con intervento)
Limite Accompagnatore Assistenza Infermieristica	€ 100 al giorno per max 180 giorni € 60 al giorno per massimo 60 giorni anche al di fuori del ricovero in caso di certificata inabilità totale, temporanea o permanente
Trasporto Neonati	IN COPERTURA SE ISCRITTI ENTRO 30 GIORNI Inoltre estensione agli interventi per correzione malformazioni con massimale di € 30.000 se effettuati nel primo anno di vita
Indennità Sostitutiva/TICKET	€ 100 al giorno per max 90 gg. per ricovero (comprese spese pre e post) In alternativa rimborso del ticket e delle spese alberghiere
Parto Naturale e Aborto Terapeutico	€ 3.000
Parto Cesareo	€ 6.000 (escluse spese pre)
Interventi per Correzione Vizi di Rifrazione (condizioni come in corso)	In rete Franchigia di € 36,15 per prestazione € 1.000



AREA EXTRAOSPEDALIERA	
Alta Specializzazione	
<p>elenco esteso € 10.000 anno/nucleo</p> <p>Condizioni: In rete Fuori rete</p> <p>Ticket</p>	<p>Massimale</p> <p>100% scoperto 25% ed il minimo non indemnizzabile di € 36,15 per prestazione o ciclo di terapia al 100%</p>
Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici	
<p>€ 3.000 anno/nucleo</p> <p>Condizioni: In rete Fuori rete</p> <p>Ticket</p>	<p>Massimale</p> <p>franchigia € 36,15 per prestazione franchigia € 70 per prestazione al 100%</p>
Pacchetto Maternità (solo per il Titolare)	
<p>max 4 visite elevate a 6 se a rischio € 1.000 anno/nucleo</p> <p>Condizioni: In rete Ticket</p>	<p>Massimale</p> <p>al 100% al 100%</p>
Lenti correttive di occhiali a contatto	
<p>Massimale</p> <p>Condizioni: In rete Fuori Rete</p>	<p>€ 330 anno/nucleo</p> <p>Franchigia € 36,15 per fattura Franchigia € 36,15 per fattura</p>
Massoterapia	
<p>Massimale</p> <p>Condizioni: In rete Fuori Rete</p> <p>Ticket</p>	<p>€ 200 anno/nucleo</p> <p>100% scoperto 25% ed il mino non indemnizzabile di € 36,15 per prestazione 100%</p>
Dentare da Infortunio	
<p>Massimale</p> <p>Condizioni: In rete Fuori Rete</p> <p>Ticket</p>	<p>€ 2.000 anno/nucleo</p> <p>Scoperto 15% scoperto 20% ed il minimo non indemnizzabile di € 100 per fattura 100%</p>
Area Odontoiatrica (operante solo in regime Diretto)	
<p>Massimale</p> <p>Impianti Estrazioni</p> <p>Altre cure dentarie</p>	<p>Illimitato</p> <p>Franchigia € 800,00 per impianto Franchigia € 35,00 per estrazione semplice ed € 120 per estrazione complessa Franchigia differenziata in funzione della prestazione*</p>
Interventi chirurgici odontoiatrici	
<p>(in caso di regime ospedaliero sono compresi: onorari, assistenza medica, medicinali, cure e rette di degenza)</p> <p>elenco interventi odontoiatrici</p>	

<p>1) Prevenzione Cardiovascolare Uomo 1 volta ogni 2 anni senza previsione di limiti di età 1 volta ogni 2 anni senza previsione di limiti di età</p>	<p>2) Prevenzione Oncologica Uomo &gt; di 45 anni 1 volta ogni 2 anni (limiti di età più bassi) donna &gt; di 30 anni 1 volta ogni 2 anni (limiti di età più bassi)</p>
<p>3) Prevenzione Pediatrica (garanzia attiva a prescindere dall'estensione al nucleo) Uomo 6 mesi e i 6 anni alle seguenti condizioni: - 1 visita tra i 6 e i 12 mesi - 1 visita al 4 anni - 1 visita al 6 anni donna una visita specialistica pediatrica per i minori di età tra i</p>	<p>1) Prevenzione Cardiovascolare Uomo 1 volta ogni 2 anni senza previsione di limiti di età 1 volta ogni 2 anni senza previsione di limiti di età</p>
<p>I pacchetti di seguito illustrati sono usufruibili in unica soluzione presso le strutture appartenenti al Network. E' possibile usufruire di 1 Pacchetto prevenzione all'anno a scelta tra quelli sotto previsti ad eccezione della Prevenzione della Sindrome Metabolica che è sempre garantita)</p>	
<p><b>PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI</b></p> <p>Preazioni Diagnostiche Particolari, usufruibili alternativamente dal Titolare o dal coniuge ed eccezioni del pacchetto 3 e 5 che sono dedicati ai figli. Qualora il Titolare o il coniuge che non abbia potuto attivare la presente copertura, perché già usufruita dall'altro componente del Nucleo, intenda accedere ugualmente alla presente garanzia, RBM Salute renderà disponibili le medesime prestazioni a tariffa agevolata</p>	
<p>Massimale Condizioni: In rete fuori rete Ticket 100% con franchigia € 36,15 per fattura scoperto 25% ed il minimo non indennizzabile di € 70 per fattura 100% € 1.000 anno/nucleo</p>	<p>TRATTAMENTI BRISOTERAPIA INFERIUMIO</p>
<p>Massimale Condizioni: Fuori Rete scoperto 20% ed il minimo non indennizzabile di € 50 per scontrino € 250 anno/nucleo</p>	<p>MEDICINALI</p>
<p>Massimale Condizioni: Fuori Rete scoperto 20% ed il minimo non indennizzabile di € 50 per fattura € 1.250 anno/nucleo</p>	<p>PROTESI ORODENTICHE E ACUSTICHE</p>
<p>Massimale Condizioni: In rete Fuori rete Ticket 100% e solo nel caso in cui la provincia di residenza o di domicilio dell'Assistito sia priva di strutture convenzionate 100% solo in Network - 1 volta/anno al 100% al 100%</p>	<p>Preazioni Odontoiatriche Particolari - visita specialistica odontoiatrica - ablazione tartaro</p>
<p>Massimale Condizioni: In rete Fuori rete Ticket 100% e solo nel caso in cui la provincia di residenza o di domicilio dell'Assistito sia priva di strutture convenzionate 100% solo in Network - 1 volta/anno al 100% al 100%</p>	<p>Preazioni Odontoiatriche Particolari - visita specialistica odontoiatrica - ablazione tartaro</p>

**E.1.1 Durata delle coperture e recesso**

La presente proposta prevede una durata triennale a decorrere dalle ore 00,00 del 01.01.2017 alle ore 00,00 del 01.01.2020. Quanto premesso, viene riconosciuta, a partire dalla seconda annuità, la facoltà di recedere dal contratto nei casi e con le modalità di seguito riportate:

**Cause di recesso unilaterale della Contraente**

Resta inteso per la Società l'obbligo di comunicare senza ritardo alla Contraente i provvedimenti di richiesta dell'IVASS di cui al presente articolo secondo comma, lettere da a) ad e). In caso di omissione di e/o ritardo della comunicazione di cui sopra da parte della Società, la Contraente avrà facoltà di recedere immediatamente dalla Convenzione senza oneri aggiuntivi.

Il Contraente ha facoltà di recedere immediatamente e senza oneri - mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno - al verificarsi di eventi che comprovino una situazione, ancorché preliminare, di instabilità finanziaria della Società quali:

- a) la mancata o insufficiente apposizione delle riserve tecniche
- b) la mancata o insufficiente apposizione del margine di solvibilità
- c) i provvedimenti di richiesta da parte di IVASS di predisposizione da parte della Società di un piano di risanamento finanziario per garantire il ripristino del proprio margine di solvibilità
- d) la rilevazione da parte dell'IVASS di gravi perdite patrimoniali
- e) l'attivazione dell'Amministrazione Straordinaria

In tal caso le rate di premio non ancora versati non saranno dovute alla Società.

E' altresì prevista la facoltà di recesso del Contraente alla fine del secondo anno di copertura in caso di manifesta inadeguatezza dello standard di servizio reso dalla Società rispetto al livello di servizio garantito nella successiva SEZIONE F "LIVELLI DI SERVIZIO GARANTITI DALLA SOCIETA' E PENALI che risulti comprovata dall'applicazione della penale ivi prevista nella sua misura massima".

ASSISTENZA	
PREVISTI	Consulenza Medica Guardia Medica Permanente Second Opinion Tutoring
NON AUTOSUFFICIENZA (solo Titolare)	
Rata annua di € 3.000,00 per un max di 3 anni 4 ADL su 6 ADL	Condizioni Massimali
1 volta ogni 2 anni Screening oftalmologico Per i minori di età compresa tra 6 e 11 anni	4) Prevenzione Oculistica
1 volta ogni 2 anni Screening oftalmologico	5) Prevenzione Oculistica per i minori
1 volta ogni 2 anni Spirometria, visita pneumologica ed eventuale prick test, esami ematochimici, ECG	6) Prevenzione delle vie respiratorie
1 volta ogni 2 anni colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi	7) Prevenzione della Sindrome Metabolica (sempre garantita, ulteriore rispetto al pacchetto scelto)

Opzione Standard - Opzione Plus

PS. 8 - LENTI ED OCCHIALI stand alone

Opzione Standard - Opzione Plus

PS. 9 - PREVENZIONE stand alone

Opzione Standard - Opzione Plus

PS. 10 - FISIOTERAPIA (attivabile in abbinamento ai Mod. 1 o 2)

Opzione Standard (solo a seguito di infortunio) - Opzione Plus (a seguito di infortunio e di specifici

interventi chirurgici, ortopedici, neurochirurgici)













PS. 11 - MEDICINA ALTERNATIVA (attivabile in abbinamento ai Mod. 1 o 2)

Opzione Standard - Opzione Plus

PS. 12 - MEDICINA ESTETICA (attivabile in abbinamento ai Mod. 1 o 2)

Opzione Standard - Opzione Plus

**SCEGLI I MOBILI SU MISURA PER TE**

	<b>INCONTRO CLINICO PRIVATO</b> Accesso diretto al medico privato nel territorio con il proprio medico di riferimento.		<b>SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE</b> Accesso diretto al Servizio Sanitario Nazionale con il proprio medico di riferimento.
	<b>VISITE DIAGNOSTICHE PRIVATE</b> Accesso diretto al medico privato per le visite diagnostiche, con il proprio medico di riferimento.		<b>VISITE DIAGNOSTICHE NAZIONALI</b> Accesso diretto al medico nazionale per le visite diagnostiche, con il proprio medico di riferimento.
	<b>DEBITA</b> Processo di cura che non prevede l'uso di farmaci, ma solo di procedure diagnostiche e terapeutiche.		<b>SERVIZIO ASSISTENZIALE NON AUTOSUFFICIENTE</b> Processo di cura che prevede l'uso di farmaci, ma non di procedure diagnostiche e terapeutiche.
	<b>REGIMINI</b> Accesso diretto al medico privato per le cure, con il proprio medico di riferimento.		<b>LENTI E OCCHIALI</b> Accesso diretto al medico privato per le cure, con il proprio medico di riferimento.
	<b>PREVENZIONE</b> Accesso diretto al medico privato per le cure, con il proprio medico di riferimento.		<b>FISIOTERAPIA</b> Accesso diretto al medico privato per le cure, con il proprio medico di riferimento.
	<b>MEDICINA ALTERNATIVA</b> Accesso diretto al medico privato per le cure, con il proprio medico di riferimento.		<b>MEDICINA ESTETICA</b> Accesso diretto al medico privato per le cure, con il proprio medico di riferimento.

**E.2.2 Caratteristiche generali del Piano Sanitario TUTTOSALUTE/Gruppo Banco Desio**

1) Il Piano Sanitario TUTTOSALUTE/Gruppo Banco Desio può essere costruito su misura, in base alle esigenze di protezione di ciascuna Assisito e va ad integrare la copertura di base (NOTA BENE: anche con riferimento a massimali, sottolimiti, scoperti e franchigie), tramite nei casi in cui il modulo garantisce l'erogazione di prestazioni non rientranti nei Piani Sanitari offerti dalla propria azienda. In quest'ultimo caso il modulo aggiuntivo opera a primo rischio.

2) E' un Piano Sanitario individuale che non prevede la compilazione di alcun questionario sanitario/visita medica preventiva.

3) È un prodotto completo che va dai grandi rischi alle piccole esigenze quotidiane: per ciascun Modulo infatti ciascun iscritto/familiare potrà scegliere il proprio livello di protezione: BASB => ALTA => TOTALE. Per ciascun livello di protezione potrà disporre di massimali e/o scoperti e franchigie differenti in base alla scelta tra Opzione Standard o Opzione Plus.

4) È prevista una scontistica progressiva in ragione del tipo di assicurati o del numero di moduli acquistati per assicurato:

- > Familiari sconto 5%
- > Neonati (0 - 12 mesi) sconto 10%
- > Piano Sanitario con almeno 5 moduli sconto del 7%
- > Piano Sanitario completo (tutti i moduli) sconto 15%

Gli sconti non sono tra loro cumulabili.

5) Alcuni dei Moduli proposti possono prevedere, in ragione della tipologia delle prestazioni assicurate, dei periodi di carenza (comunque limitati al primo anno di attivazione) finalizzati a ridurre l'antiselezione delle scelte individuali.

### E.2.3 Costi e Modalità di Funzionamento

Con TUTTOSALUTE Gruppo Banco Dedito si può ottenere una copertura aggiuntiva che completa con poco più di 1,70 € al giorno (Premio calcolato nella fascia d'età 35-54, area geografica Nord-West con la sottoscrizione di tutti i moduli: Ricoveri in Cliniche Private; Ricoveri Ospedalieri (S.S.N.); Visite e Diagnostica Privata; Visite e Diagnostica (S.S.N.); Dentista; Non autosufficienza e servizi assistenziali; Medicinali; Lenti e occhiali; Prevenzione; Diagnostica (S.S.N.); Dentista; Non autosufficienza e servizi assistenziali; Medicinali; Lenti e occhiali; Prevenzione; Fisioterapia; medicina alternativa; medicina estetica.

Il costo di ciascun modulo scelto dall'iscritto/familiare rientra nei Piani Sanitari a Secondo Rischio è integralmente a carico dell'iscritto/familiare e può essere trattenuto direttamente dall'azienda in busta paga su indicazione di RBM Salute e poi trasferito al Fondo Sanitario Integrativo di riferimento per garantirne la deducibilità fiscale.

I seguenti premi sono calcolati a titolo di esempio nella fascia d'età 35-54 e zona geografica Nord-West, moduli standard, livelli di protezione Base, durata 1 anno.

Modulo	Tariffa al giorno (in €)*
PS. 1 - ESTENSIONE RICOVERO IN CLINICA PRIVATA stand alone	0,29
PS. 2 - ESTENSIONE RICOVERO IN OSPEDALE (S.S.N.) stand alone	0,13
PS. 3 - ESTENSIONE VISITE E DIAGNOSTICA PRIVATO +PACCHETTO MATERITA' (attivabile in abbinamento ai Mod. 1 o 2)	0,25
PS. 4 - ESTENSIONE VISITE E DIAGNOSTICA S.S.N. +PACCHETTO MATERITA' (attivabile in abbinamento ai Mod. 1 o 2)	0,26

PS. 5 - ESTENSIONE DENTISTA (solo in Network) stand alone	0,22
PS. 6 - NON AUTOSUFFICIENZA (LTC) E SERVIZI ASSISTENZIALI stand alone	0,05
PS. 7 - MEDICINALI (attivabile in abbinamento ai Mod. 1 o 2)	0,11
PS. 8 - LENTI ED OCCHIALI stand alone	0,26
PS. 9 - PREVENZIONE stand alone	0,22
PS. 10 - FISIOTERAPIA (attivabile in abbinamento ai Mod. 1 o 2)	0,10
PS. 11 - MEDICINA ALTERNATIVA (attivabile in abbinamento ai Mod. 1 o 2)	0,09
PS. 12 - MEDICINA ESTETICA (attivabile in abbinamento ai Mod. 1 o 2)	0,13

#### E.2.4 Tempistiche, modalità di pagamento e trattamento fiscale

Il premio dovuto da ciascun assistito potrà essere saldato con le seguenti tempistiche:

- Pagamento anticipato in unica soluzione
- Rateazione mensile del premio senza interessi

Il premio dovuto da ciascun assistito potrà essere pagato tramite addebito diretto in conto

corrente (SDD-SEPA).

Gli importi versati nell'ambito dei Piani Sanitari TUTTOSALUTE "Gruppo Banco Desio" beneficeranno, in base alla normativa vigente, della detraibilità dalle imposte.

#### F. Livelli di Servizio e Penali

##### F.1 RBM Salute S.p.A.

RBM Salute si rende disponibile a prevedere contrattualmente degli standard di prestazione (S.L.A. e KPI) correlati alla definizione di un adeguato sistema sanzionatorio.

RBM Salute ritiene che il servizio sia una delle componenti essenziali per garantire una copertura di qualità e per gestire correttamente i rischi assunti. In quest'ottica con l'obiettivo di garantire un collegamento diretto tra qualità del servizio messa a disposizione e costo delle coperture, RBM Salute ritiene di proporre un livello di servizio garantito (tempo massimo di svolgimento dell'attività, qui di seguito il S.L.A.) in relazione alle attività di pagamento dei sinistri rimborsuali affidati al proprio Servizio Tesoreria. Il rispetto del S.L.A. è garantito mediante apposizione di un'apposita penale da applicarsi, con le modalità di seguito illustrate, fino ad un valore massimo annuo pari all'1% del premi netti annui. La tabella che segue riepiloga sia i livelli ordinati di svolgimento dell'attività di pagamento del flusso rimborsi da parte del Servizio Tesoreria sia il S.L.A.:

Attività	Tempi massimi di svolgimento dell'attività	5 gg. lavorativi, su base settimanale
		10 gg. lavorativi
		messa in pagamento del flusso rimborsi ricevuto da PMBD

In base a quanto indicato nella tabella che precede, qualora il Servizio Tesoreria non proceda a mettere in pagamento un flusso rimborsi ricevuto da Previmedical nei tempi massimi sopra indicati la Compagnia in sede di erogazione dovrà procedere, dandone distinta evidenza all'Assistito/Assicurato, ad incrementare il valore di rimborso spettante a ciascun Assistito/Assicurato dell'importo di una penale da computare in base ai seguenti parametri:

- > prestazioni ospedaliere: uno 0,25% del valore di rimborso spettante a ciascun Assistito/Assicurato per le prestazioni ospedaliere per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per lo svolgimento dell'attività (10 giorni lavorativi).
- > prestazioni extraospedaliere: uno 0,05% del valore di rimborso spettante a ciascun Assistito/Assicurato per le prestazioni ospedaliere per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per lo svolgimento dell'attività (10 giorni lavorativi).

Non si procederà al rimborso delle penale qualora l'ammontare unitari della stessa risultò di importo pari od inferiore ad € 10,00. L'ammontare complessivo delle penali applicate dalla Compagnia in ciascuna annualità, inoltre, non potrà in alcun caso eccedere il valore massimo annuo (1% del premi netti annui) sopra indicato.

## F.2 Previmedical S.p.A.

Anche Previmedical S.p.A. conferma la propria disponibilità a prevedere nel contratto di servizio degli standard di prestazione e delle conseguenze in caso di superamento degli stessi.

In particolare, gli standard di servizio riguarderanno le seguenti aree:

- > Operatività della Centrale Operativa
- > Liquidazioni rimborsi
- > Prenotazioni e preattivazioni

Di seguito di riportano i livelli di servizio, disservizio e le conseguenti penali:

SERVIZIO DI PRVIMEDICAL	DISSERVIZIO	PENALI
Esecuzione del servizio di verifica, codifica e liquidazione e produzione del flusso di accredito delle DdR entro 10 giorni lavorativi dall'arrivo in PREVIMEDICAL della documentazione completa da parte degli assistiti.	Ritardo di oltre 5 gg lavorativi imputabile a PREVIMEDICAL, non si tiene conto dei tempi assicurativi per il controllo della lavorati: - 2% annuo sino a 24.999,99 euro - 1% annuo da 25.000,00 euro	corresponsione all'assistito degli interessi sugli importi dovuti a titolo di rimborso per ogni giorno di ulteriore ritardo rispetto ai 15 gg
Esecuzione del servizio di Prenotazione/Preattivazione nei tempi definiti nella Guida Assistito e comunque entro 18 h dall'evento, ove rispettato il preavviso di 48 ore lavorative, per il 95% dei casi.	Ritardo per almeno il 7,5% delle Prenotazioni/Preattivazioni gestite in un mese.	1.000 euro complessivi per ogni mese in cui si verifica il disservizio.
Garantire un tempo di risposta alle telefonate entro 15 secondi per il 95% delle telefonate ricevute.	Tempo di risposta superiore al minuto per almeno il 5% delle telefonate ricevute in un mese.	500 euro complessivi per ogni mese in cui si verifica il disservizio.
Garantire che il numero di telefonate perse sia inferiore al 2%.	Mancato ripristino nel mese successivo alla rilevazione del disservizio registrato nel mese precedente.	500 euro complessivi per ogni mese non ripianato il mese successivo, in cui si sia verificato il disservizio.

Garantire l'operatività della Centrale Operativa, secondo i termini previsti nel contratto.	Mancata operatività della Centrale Operativa in un giorno del mese, per cause imputabili a PREVIMEDICAL.	1.500 euro complessivi per ogni giorno di indisponibilità.
Garantire la continuità del servizio relativamente al portale web di predisposto e gestito da PREVIMEDICAL.	Mancato ripristino entro 48 h dal verificarsi dell'indisponibilità del portale della normale funzionalità.	2.000 euro complessivi per ogni giorno di indisponibilità.

**G. Autorizzazione Al Trattamento Dei Dati**

Al sensi del D. Lgs. 196/2003, il presente documento, i relativi allegati e i dati tutti in essi contenuti vengono forniti esclusivamente ai fini della partecipazione alla procedura di selezione in epigrafe. Pertanto non è autorizzata la riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione a soggetti terzi senza l'esplicito consenso di RBM Salute S.p.A..

**H. Contatti**

Per qualsiasi chiarimento in merito alla presente proposta, alla documentazione all'upopo prodotta, Vi invitiamo a contattare Massimiliano Di Mambro, Account Manager (ph. +39 0422 062069, mob. +39 331 5754107, [massimiliano.dimambro@rbmsalute.it](mailto:massimiliano.dimambro@rbmsalute.it)).

\*\*\*

Rimando a Vostra completa disposizione per qualsiasi necessità e/o chiarimento, rimandiamo in attesa di un Vostro cortese cenno di riscontro in merito alla documentazione trasmessa segnalando Vi attesi la nostra disponibilità ad un eventuale ed ulteriore incontro di approfondimento.

*Con i migliori saluti*

RBM Salute S.p.A.

Preganzio, 09 novembre 2016