

# Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

RBM Assicurazione Salute S.p.A.   
Prodotto: UNIVERSITA' LA SAPIENZA DI ROMA

Ultima release 01/2020

Questo documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale di RBM Salute.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima di sottoscrivere il contratto.

## RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Sede legale: via Forlanini, 24, 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)

tel. +39 0422 062700

sito internet: [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it);

e-mail: [info@rbmsalute.it](mailto:info@rbmsalute.it); pec: [rbmsalutespa@pecrbmsalute.it](mailto:rbmsalutespa@pecrbmsalute.it)

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556; iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00161.

## Dati patrimoniali al 31 dicembre 2018

**Patrimonio netto:** 230.873.000 euro, di cui capitale sociale 120.000.000 euro.

**Totale delle riserve patrimoniali:** 73.766.000 euro.

I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio. Possono essere consultati sul sito [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) (sezione Informazioni Societarie).

Risultati della valutazione del profilo di rischio di RBM Salute:

- Solvency Capital Requirement (SCR) = 139.405.000 di euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 34.851.000 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 243.975.000 di euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 235.671.000 euro
- Indice di solvibilità (*solvency ratio*): 175% (189% al netto dell'add on di capitale).

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP; l'impegno di RBM Salute è rapportato alle somme assicurate concordate con il contraente.



## Che cosa NON è assicurato?

### Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
- 2) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso 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 da gare professionistiche e relative prove e allenamenti

	<p>5) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo</p> <p>6) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico</p> <p>7) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti</p> <p>8) spese in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico</p> <p>9) interruzione volontaria della gravidanza</p> <p>10) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza, per tumori maligni</p> <p>11) prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale), salvo quanto previsto alla garanzia "Cure Dentarie", se prevista in polizza;</p> <p>12) cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici, salvo quanto previsto all'art. 23</p> <p>13) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;</p> <p>14) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)</p> <p>15) ricoveri in lungodegenza</p> <p>16) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari</p> <p>17) correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato</p> <p>18) interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica</p> <p>19) prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel "dopo il ricovero"</p> <p>20) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)</p> <p>21) spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini</p> <p>22) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale</p> <p>23) ricoveri impropri</p> <p>24) infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, le relative conseguenze e complicanze</p> <p>25) conseguenze dirette o indirette di pandemie.</p>
--	---



### Ci sono limiti di copertura?

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto a RBM Salute se stipula o ha stipulato altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono avvisare tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice civile.). Vale anche se lo stesso rischio è coperto da contratti con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso di RBM Salute. Di seguito i massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie per le diverse opzioni. Se non diversamente indicato, i massimali sono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

#### OPZIONE PERSONALE DIPENDENTE/DOCENTE

Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
<b>A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE</b>	
Massimale	<b>Euro 160.000</b>
- Ricovero senza intervento (sub-massimale)	<b>Euro 150.000</b>

Altri Familiari (con premi aggiuntivo)	€ 30.000,00 (massimale separato e aggiuntivo a quello di € 160.000,00, ma entro il limite dei € 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento, di cui sopra) per ciascun anno assicurativo e per ciascuno dei familiari assicurati.
<b>Ricovero con/senza intervento/ Day Hospital con/senza intervento/Intervento Ambulatoriale</b>  Condizioni: - diretta <input type="checkbox"/> Strutture ed Equipe ordinarie <input type="checkbox"/> Strutture e/o Equipe "TOP" (allegati 10 e 11) - rimborso <input type="checkbox"/> Strutture ed Equipe ordinarie <input type="checkbox"/> Strutture e/o Equipe "TOP" (allegati 10 e 11) - misto:  <input type="checkbox"/> Strutture ordinaria diretta ed Equipe ordinarie a rimborso <input type="checkbox"/> Struttura "TOP" e/o Equipe "TOP" (allegati 10 e 11)	Day Hospital: se per la medesima patologia: massimo di 3 volte l'anno  Scoperto 5% min. Euro 1.500  Scoperto 10% min. Euro 1.500  Scoperto 5% min Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo 15% min. Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo  scoperto 5% min. Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo scoperto 15% min. Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo
Materiale intervento	scoperto 30%
Limite per gli interventi urologici effettuati con chirurgia robotica	<b>€ 5.000,00</b> per l'utilizzo del robot  <b>€ 10.000,00</b> per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico.
Limite retta di degenza a rimborso	Euro 270 al giorno
Spese Pre/post	Sub-massimale Euro 2.000 per evento
- Con intervento	100/100 giorni
- Senza intervento	90/60 giorni
-Trattamenti fisioterapici domiciliari post intervento	100/100 giorni – Franchigia € 20,00 ad accesso
<b>Sub massimali (*)</b>	
Parto Naturale	Euro 1.300
Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti	Euro 3.000
Correzione Miopia	Euro 1.000 per occhio
<b>Accompagnatore</b>	Euro 50 massimo 30gg
<b>Trasporto malato</b>	Euro 1.600



	diretta	Scoperto 15% min. Euro 50
	rimborso	Scoperto 15% min. Euro 50 fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo
-Trattamenti fisioterapici domiciliari a seguito di infortunio (solo diretta)		Franchigia € 20,00 ad accesso
-Trattamenti fisioterapici domiciliari a seguito di malattia (solo diretta)		Franchigia € 25,00 ad accesso
<b>Ticket</b>		100%
<b>D) CURA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE</b>		
<b><u>Cura delle malattie oncologiche</u></b>		
Massimale		Euro 2.670 condiviso con Alta specializzazione
Condizioni:		
	diretta	Scoperto 15% min. Euro 50
	rimborso	Scoperto 15% min. Euro 50 fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo
<b>Ticket</b>		100%
<b>E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE</b>		
<b><u>1- Cure dentarie da infortunio</u></b>		
Massimale		Euro 2.670 condiviso con Alta specializzazione
Condizioni:		
	diretta	Scoperto 15% min. Euro 50
	rimborso	Scoperto 15% min. Euro 50 fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo
<b>Ticket</b>		100%
<b><u>2- Cure dentarie da malattia (solo per il titolare)</u></b>		
Massimale		Obbligo compilazione questionari Euro 1.500
Condizioni:		Franchigia fissa Euro 50 sul primo sinistro fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo
<b>F) ALTRE GARANZIE</b>		
<b><u>1 Visite di controllo</u></b>		
Massimale		illimitato
Condizioni:		

diretta	100% - 1 visita all'anno per il titolare (1 ulteriore visita all'anno per uno dei componenti del nucleo assicurato diverso dal titolare)
<b><u>2 Prevenzione Herpes Zoster</u></b>	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
diretta	Franchigia € 36,15
<b><u>3 Fecondazione Eterologa</u></b>	
Massimale	€ 250,00
Condizioni:	
diretta	100%
rimborso	100%
<b><u>4 Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale</u></b>	
Massimale	condiviso con Alta Specializzazione
Condizioni	Vedi Alta Specializzazione
<b><u>5 Assistenza post-parto</u></b>	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
diretta	100%
<b><u>6 Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di Assicurati)</u></b>	
Massimale	€ 1.000,00
<b><u>7 Controllo pediatrico</u></b>	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
diretta	Franchigia € 36,15
<b>ComfortSalute®</b>	previsto

**OPZIONE PERSONALE IN QUIESCENZA**

Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
<b>A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE</b>	
Massimale	<b>Euro 160.000</b>
- Ricovero senza intervento (sub-massimale)	<b>Euro 150.000</b>

Altri Familiari (con premi aggiuntivo)	€ 30.000,00 (massimale separato e aggiuntivo a quello di € 160.000,00, ma entro il limite dei € 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento, di cui sopra) per ciascun anno assicurativo e per ciascuno dei familiari assicurati.
<b>Ricovero con/senza intervento/ Day Hospital con/senza intervento/Intervento Ambulatoriale</b>  Condizioni: - diretta <input type="checkbox"/> Strutture ed Equipe ordinarie <input type="checkbox"/> Strutture e/o Equipe "TOP" (allegati 10 e 11) - rimborso <input type="checkbox"/> Strutture ed Equipe ordinarie <input type="checkbox"/> Strutture e/o Equipe "TOP" (allegati 10 e 11) - misto:  <input type="checkbox"/> Strutture ordinaria diretta ed Equipe ordinarie a rimborso <input type="checkbox"/> Struttura "TOP" e/o Equipe "TOP" (allegati 10 e 11)	Day Hospital: se per la medesima patologia: massimo di 3 volte l'anno  Scoperto 5% min. Euro 1.500 Scoperto 10% min. Euro 1.500  Scoperto 5% min Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo 15% min. Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo  scoperto 5% min. Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo scoperto 15% min. Euro 1.500 fino ai Livelli di indennizzo
Materiale intervento	scoperto 30%
Limite per gli interventi urologici effettuati con chirurgia robotica	<b>€ 5.000,00</b> per l'utilizzo del robot <b>€ 10.000,00</b> per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico.
Limite retta di degenza a rimborso	Euro 270 al giorno
Spese Pre/post - Con intervento - Senza intervento -Trattamenti fisioterapici domiciliari post intervento	Sub-massimale Euro 2.000 per evento 100/100 giorni 90/60 giorni 100/100 giorni – Franchigia € 20,00 ad accesso
<b>Sub massimali (*)</b>	
Parto Naturale	Euro 1.300
Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti	Euro 3.000
Correzione Miopia	Euro 1.000 per occhio
<b>Accompagnatore</b>	Euro 50 massimo 30gg
<b>Trasporto malato</b>	Euro 1.600



	diretta	Scoperto 15% min. Euro 50
	rimborso	Scoperto 15% min. Euro 50 fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo
-Trattamenti fisioterapici domiciliari a seguito di infortunio (solo diretta)		Franchigia € 20,00 ad accesso
-Trattamenti fisioterapici domiciliari a seguito di malattia (solo diretta)		Franchigia € 25,00 ad accesso
<b>Ticket</b>		100%
<b>D) CURA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE</b>		
<b><u>Cura delle malattie oncologiche</u></b>		
Massimale		Euro 2.670 condiviso con Alta specializzazione
Condizioni:		
	diretta	Scoperto 15% min. Euro 50
	rimborso	Scoperto 15% min. Euro 50 fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo
<b>Ticket</b>		100%
<b>E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE</b>		
<b><u>1- Cure dentarie da infortunio</u></b>		
Massimale		Euro 2.670 condiviso con Alta specializzazione
Condizioni:		
	diretta	Scoperto 15% min. Euro 50
	rimborso	Scoperto 15% min. Euro 50 fino al massimo previsto dai Livelli di indennizzo
<b>Ticket</b>		100%
<b>F) ALTRE GARANZIE</b>		
<b><u>1 Visite di controllo</u></b>		
Massimale		illimitato
Condizioni:		
diretta		100% - 1 visita all'anno per il titolare (1 ulteriore visita all'anno per uno dei componenti del nucleo assicurato diverso dal titolare)
<b><u>2 Prevenzione Herpes Zoster</u></b>		
Massimale		illimitato
Condizioni:		

diretta	Franchigia € 36,15
<b><u>3 Fecondazione Eterologa</u></b>	
Massimale	€ 250,00
Condizioni:	
diretta	100%
rimborso	100%
<b><u>4 Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale</u></b>	
Massimale	condiviso con Alta Specializzazione
Condizioni	Vedi Alta Specializzazione
<b><u>5 Assistenza post-parto</u></b>	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
diretta	100%
<b><u>6 Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di Assicurati)</u></b>	
Massimale	€ 1.000,00
<b><u>7 Controllo pediatrico</u></b>	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
diretta	Franchigia € 36,15
<b>ComfortSalute®</b>	previsto

(\*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento"

 <b>Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?</b>	
<b>Cosa fare in caso di sinistro?</b>	<b>Denuncia di sinistro:</b> l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a RBM Salute appena possono, per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la richiesta di indennizzo.
	<b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> l'Assicurato può accedere alle prestazioni sanitarie e odontoiatriche del Network reso disponibile da RBM Salute dopo aver attivato la Centrale operativa.
	<b>Gestione da parte di altre imprese:</b> non prevista.
	<b>Prescrizione:</b> il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze (Art. 2952 del Codice civile). Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno del sinistro.
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	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'assicurazione (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile). L'Assicurato deve comunicare a RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

<b>Obblighi dell'impresa</b>	<p>RBM Salute si impegna a:</p> <p><b>a) Regime di assistenza diretta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rilasciare il VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di autorizzazione completa se le verifiche tecnico-mediche-assicurative hanno avuto esito positivo. L'Assicurato, previa prenotazione, può effettuare la prestazione nella struttura indicata nel VoucherSalute® entro 30 giorni dal rilascio. LA prestazione entro 30 giorni è garantita solo per le strutture proposte dalla Centrale operativa.</li> </ul> <p><b>b) Regime rimborsuale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mettere in pagamento l'indennizzo (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.</li> </ul>
------------------------------	--

 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<b>Premio</b>	Pur annuo e indivisibile, è frazionato in modo mensile e deve essere pagato in anticipo, come riportato sul certificato di polizza. Le somme assicurate e i premi non sono indicizzati. I premi comprendono l'imposta. Il premio è versato dal Contraente a RBM Salute con bonifico bancario.
<b>Rimborso</b>	Non è previsto il rimborso del premio perché, se in corso d'anno si perdono i requisiti per beneficiare della copertura assicurativa, le garanzie operano fino alla prima scadenza utile.

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<b>Durata</b>	<p>L'assicurazione dura 1 anno e ha effetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dalle ore 00 del giorno 01/01/2020, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati;</li> <li>- altrimenti dalle ore 00 del giorno dopo il pagamento.</li> </ul> <p>La copertura scade alle ore 24 del 31/12/2020. Se non è disdettata alla scadenza, l'assicurazione è tacitamente prorogata per 1 anno e così di seguito per le successive scadenze. La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).</p>
<b>Sospensione</b>	<p>Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.</p> <p>Le successive scadenze devono comunque essere rispettate (Art. 1901 del Codice civile). Scaduti i termini, con raccomandata RBM Salute può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.</p>

 <b>Come posso disdire la polizza?</b>	
<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	Dopo la stipula il contraente non può recedere.
<b>Risoluzione</b>	Oltre quelli previsti dalla legge, non sono previsti casi, in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.

 <b>A chi è rivolto questo prodotto?</b>	
Ai dipendenti e docenti in servizio ed in quiescenza dell'Università degli Studi La Sapienza di Roma.	



## Quali costi devo sostenere?

Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p>I reclami sul contratto o un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati all'Ufficio Reclami di RBM Assicurazione Salute S.p.A. a scelta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- compilando on line il modulo (<a href="http://www.rbmsalute.it/reclami">www.rbmsalute.it/reclami</a>)</li><li>- per posta, ordinaria o raccomandata: RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde</li><li>- per fax: 0422/062909</li><li>- per mail: <a href="mailto:reclami@rbmsalute.it">reclami@rbmsalute.it</a>.</li></ul> <p>Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato</li><li>- 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</li><li>- numero di pratica</li><li>- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.</li></ul> <p>Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.</p> <p>RBM Assicurazione Salute risponde al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione.</p>
<b>All'IVASS</b>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a></p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	<p>Interpellando obbligatoriamente un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>
<b>Negoziazione assistita</b>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato a RBM Salute.</p> <p>La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione di procedibilità per poter agire giudizialmente.</p>
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.</p>

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE/ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**