



***BANCASSURANCE SALUTE:
LA SANITA' INTEGRATIVA ALLO SPORTELLO***

Marco Vecchietti

*Consigliere Delegato **RBM Salute S.p.A.**
Direttore Generale **Previmedical S.p.A.***

ABI Eventi - Roma, 7 ottobre 2014

LEGAL DISCLAIMER: Le riproduzioni, anche parziali, del presente documento, possono essere effettuate solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da RBM Salute. I dati ed i grafici contenuti nel presente documento potranno essere utilizzati, portando evidenza della fonte "RBM Salute – Censis".

CHI SIAMO

- ❖ **La prima Compagnia specializzata nel assicurazione salute in Italia**
- ❖ **La mission di RBM Salute: sviluppare e distribuire prodotti altamente specializzati nel mercato salute e inf – in particolar modo nel mercato delle polizze collettive – attraverso un modello managed care**
 - ✓ **Premi raccolti: circa 300 milioni; Crescita della raccolta premi: oltre 500% in 3 anni; ampissima presenza nel settore bancario**
 - ✓ **Stabilità delle performance tecniche (L&CR)**
 - ✓ **1,9 milioni di assicurati**
 - ✓ **Modello organizzativo snello e flessibile con un forte orientamento all' outsourcing**
 - ✓ **Innovazione tecnologica: ad esempio, RBM Salute è la prima Compagnia di Assicurazioni ad aver introdotto la vendita online di prodotti salute completi e modulari per la propria clientela**
 - ✓ **Forte know how nelle soluzioni managed care con particolare attenzione a odontoiatria, LTC e programmi di prevenzione**
 - ✓ **Alto Indice di Solvibilità (199% nel 2012, 216% nel 2013)**



**Gestione Fondi Sanitari e
gestione sinistri malattia**

- *TPA indipendente, leader nella gestione di oltre 120 tra i principali Fondi Sanitari/ Casse di Assistenza, 12 Compagnie di Assicurazione e oltre 75 Broker*
- *3.500.000 assistiti*
- *1.800.000 sinistri gestiti*
- *dispone del più ampio network sanitario ed odontoiatrico presente sul territorio nazionale (oltre 97.000 convenzioni)*
- *Gestione sinistri nel network (assistenza diretta)*
- *Centrale Operativa e Contact Center 24h/ 7gg*
- *Gestione contabile & Reporting*
- *Servizi Legali e di Consulenza*
- *Supporto IT*
- *Servizi Assistenziali*



**Fondo Pensione, assicurazione
e finanza**

- **Leader nella gestione dei Fondi Pensione**
- **Oltre 220 Fondi Pensione**
- **1.500.000 aderenti**
- **Oltre € 11.5 billion ANDP**
- **Gestione Fondi Pensione (Schemi CD ed a PD)**
- **Gestione contabile & Reporting**
- **Calcolo NAV**
- **Gestione liquidazioni e rendite**
- **Servizi Legali e di Consulenza**
- **Supporto IT**

UN NUOVO MODELLO ASSICURATIVO

**SPECIALIZZAZIONE NELLA
GESTIONE DEI RISCHI**

**INDIPENDENZA NELLA VALUTAZIONE
DELLE PRESTAZIONI (SINISTRI)**

**STRUTTURA
FINANZIARIA FORTE**

dalla VALUE CHAIN tradizionale
alla **VALUE CHAIN "integrata"**

BEST IN CLASS

**RISK ASSESTEMENT
MEDICAL UNDERWRITING**

**GESTIONE
SINISTRI**

**NETWORK:
CURE DI QUALITÀ
COST CONTAINMENT**

**STABILITÀ
PIANI SANITARI**



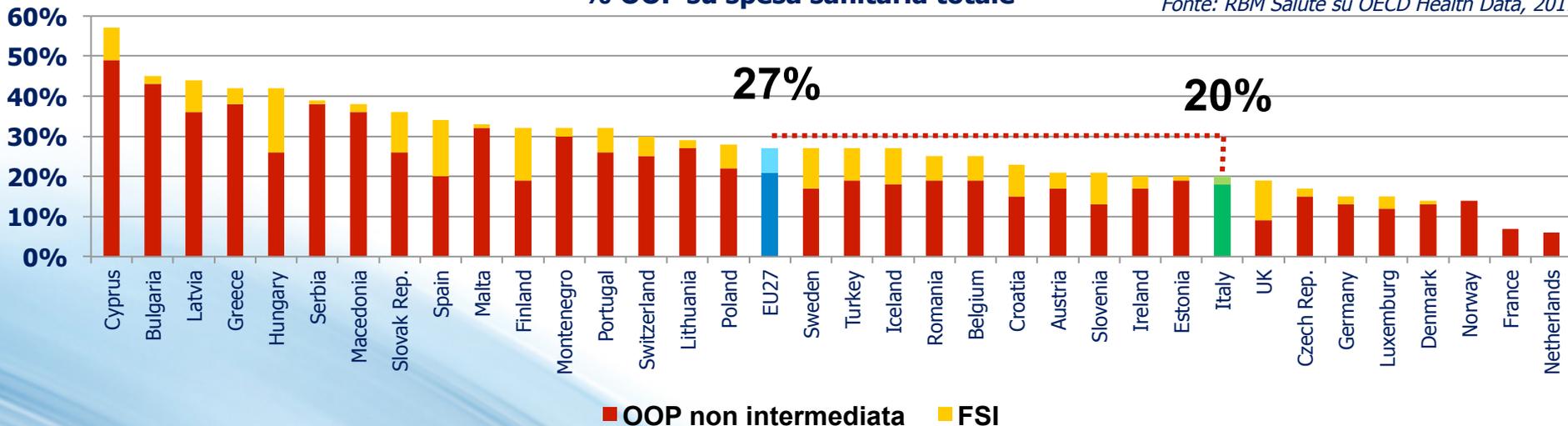
Regioni	Case di Cura	Centri diagnostici e laboratori	Medici specialisti convenzionati	Operatori sanitari e socio assistenziali	Residenze socio assistenziali	Odontoiatri	TOTALE CONVENZIONI
Lombardia	132	2.395	18.232	1.506	77	1.629	23.971
Lazio	78	1.909	15.583	3.748	36	954	22.308
Piemonte	30	753	4.586	273	26	552	6.220
Valle d'Aosta	1	12	490	366	0	7	876
Emilia Romagna	42	816	5.405	101	19	247	6.630
Toscana	28	623	3.660	511	12	250	5.084
Sicilia	30	687	3.666	233	12	246	4.874
Veneto	20	675	3.826	361	12	433	5.327
Puglia	20	527	2.725	264	10	175	3.721
Liguria	17	356	2.698	564	13	142	3.790
Campania	19	660	2.865	154	6	350	4.054
Abruzzo	12	244	1.658	167	7	93	2.181
Friuli Venezia Giulia	8	159	1.083	48	4	52	1.354
Marche	6	172	788	70	3	67	1.106
Umbria	4	129	659	48	2	63	905
Calabria	15	241	1.277	35	5	76	1.649
Trentino Alto Adige	4	50	717	357	1	15	1.144
Sardegna	4	215	870	70	4	154	1.317
Basilicata	1	79	260	20	0	26	386
Molise	2	89	215	2	0	33	341
TOTALE CONVENZIONI	473	10.791	71.263	8.898	249	5.564	97.238

IL PIÙ AMPIO NETWORK DI STRUTTURE CONVENZIONATE IN ITALIA (OLTRE 97.000 CONVENZIONI)

FONDI SANITARI ED ASSICURAZIONE SALUTE

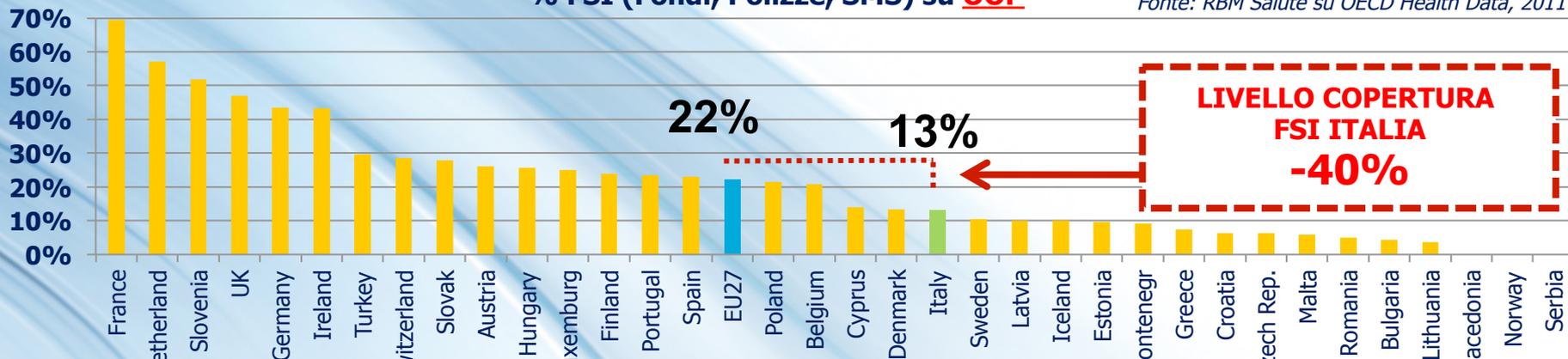
% OOP su spesa sanitaria totale

Fonte: RBM Salute su OECD Health Data, 2011



% FSI (Fondi, Polizze, SMS) su OOP

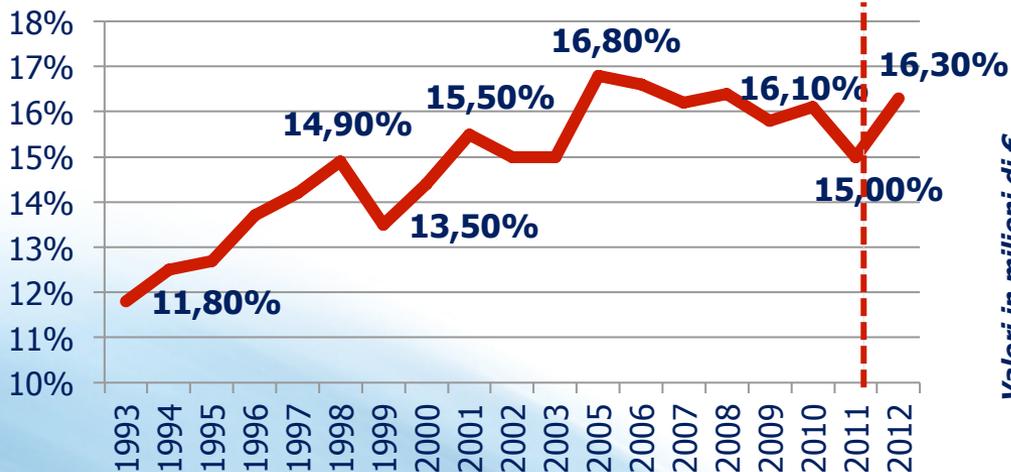
Fonte: RBM Salute su OECD Health Data, 2011



TEMI DI RIFLESSIONE

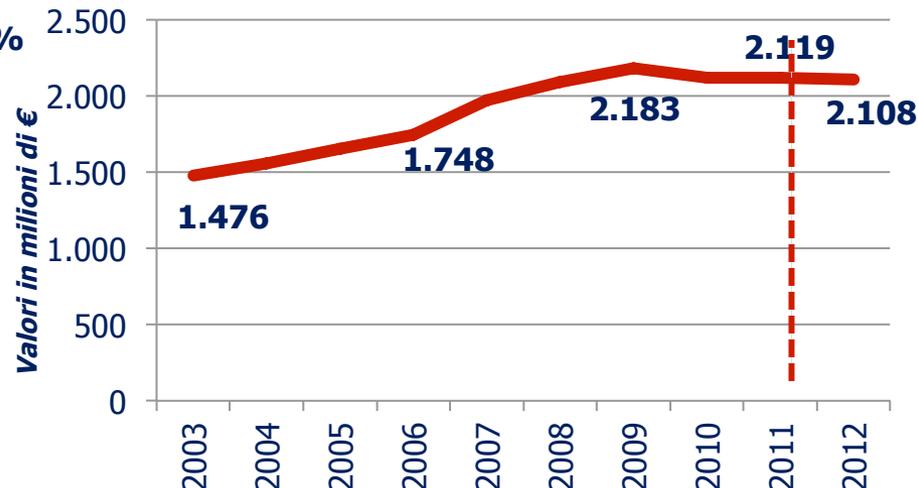
- L'ITALIA PRESENTA UN LIVELLO DI OOP APPENA INFERIORE ALLA MEDIA DEI PAESI UE 27
- TUTTAVIA IL LIVELLO DI COPERTURA DA PARTE DELLE FSI È IL 40% IN MENO RISPETTO ALLA MEDIA UE 27
- UK CHE HA UN OOP ANALOGO ALL'ITALIA ED UN'IMPOSTAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO ASSIMILABILE HA UNA QUOTA DI SPESA INTERMEDIATA DALLE FSI DI QUASI 4 VOLTE SUPERIORE ALL'ITALIA
- L'ITALIA PRESENTA, PERTANTO, UNA FORTE "SOTTOASSICURAZIONE" IN AMBITO SANITARIO

% popolazione assicurata



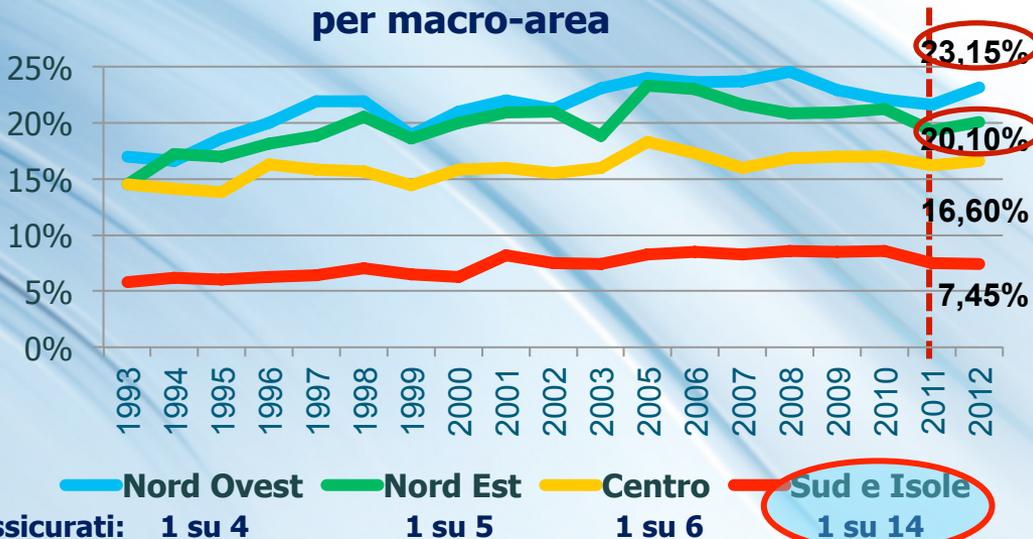
Fonte: Elaborazione RBM Salute su dati ISTAT

Premi Ramo Salute



Fonte: IVASS

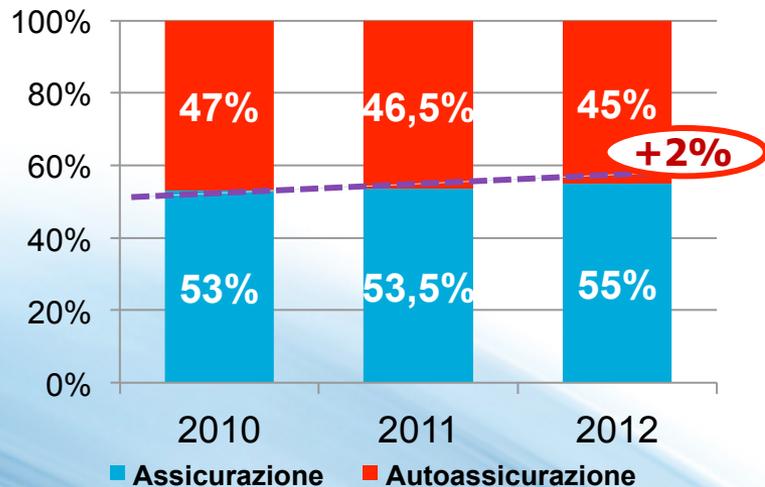
% popolazione assicurata per macro-area



Fonte: Elaborazione RBM Salute su dati ISTAT

TEMI DI RIFLESSIONE

- DOPO UNA FLESSIONE DEL NUMERO DEGLI ASSICURATI NEL 2011, IL 2012 PRESENTA UN INCREMENTO DELLE TESTE IN COPERTURA
- LA CRISI AUMENTA LA DISUGUAGLIANZA:
 - ✓ NORD OVEST (1 su 4) E NORD EST (1 su 5) MOSTRANO UN TREND DECISAMENTE CRESCENTE
 - ✓ IL CENTRO CRESCE PIU' MODERATAMENTE (1 su 6)
 - ✓ SUD E ISOLE REGISTRANO UN TREND DECRESCENTE (1 su 14)
- IL NORD OVEST È LA MACRO AREA CARATTERIZZATA DAL MAGGIOR NUMERO DI ASSICURATI



Fonte: RBM Salute su dati ANIA

Incidenza % Ramo malattia sul totale premi rami danni



■ Ramo Salute
■ Rami Danni

Incidenza % Ramo malattia sul totale premi di tutti i rami



■ Ramo Salute
■ Tutti i Rami

Fonte: RBM Salute su dati ANIA

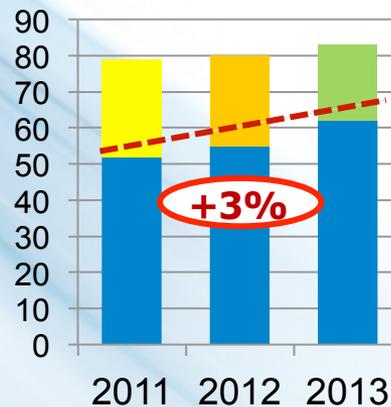
L'ASSICURAZIONE SALUTE IN ITALIA* (2di2)

TEMI DI RIFLESSIONE

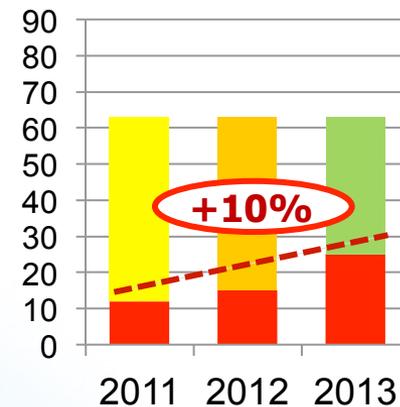
- **IL RUOLO DELL'ASSICURAZIONE NEL SEGMENTO DELLE FSI "COLLETTIVE" STA CRESCENDO (+2% SUL 2010). I NUOVI FONDI CONTRATTUALI HANNO TUTTI OPTATO PER IL MODELLO ASSICURATIVO. STABILE IL SEGMENTO DELLE POLIZZE SANITARIE INDIVIDUALI CHE VALE QUASI UN 4% DELL'INTERO SETTORE.**
- **TUTTAVIA LA RILEVANZA DEL RAMO SALUTE NEI RAMI ASSICURATIVI RIMANE CONTENUTA ANCHE PER EFFETTO DELLA PREPONDERANZA NEI RAMI DANNI DEL RAMO AUTO**
- **LE COMPAGNIE SONO TORNATE AD INVESTIRE NEL RAMO SALUTE**
- **I PROTAGONISTI PRINCIPALI DI QUESTA FASE SONO LE COMPAGNIE SPECIALIZZATE CHE, NELL'ULTIMO TRIENNIO, HANNO INCREMENTATO NOTEVOLMENTE LA PROPRIA QUOTA DI MERCATO (CFR. CONFRONTO UE 27 VS ITALIA)**

Analisi comparativa delle quote di mercato (TOP 5) nel ramo malattia tra UE 27 e Italia

UE 27



ITALIA

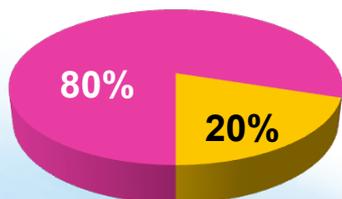


■ Compagnie specializzate
■ Compagnie generaliste

Fonte: IAMA Consulting

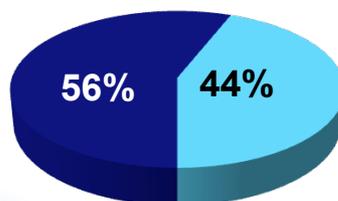
LA SPESA SANITARIA PRIVATA OUT OF POCKET E LA SANITA' INTEGRATIVA

**Spesa sanitaria
totale**



■ Spesa pubblica
■ Spesa OOP

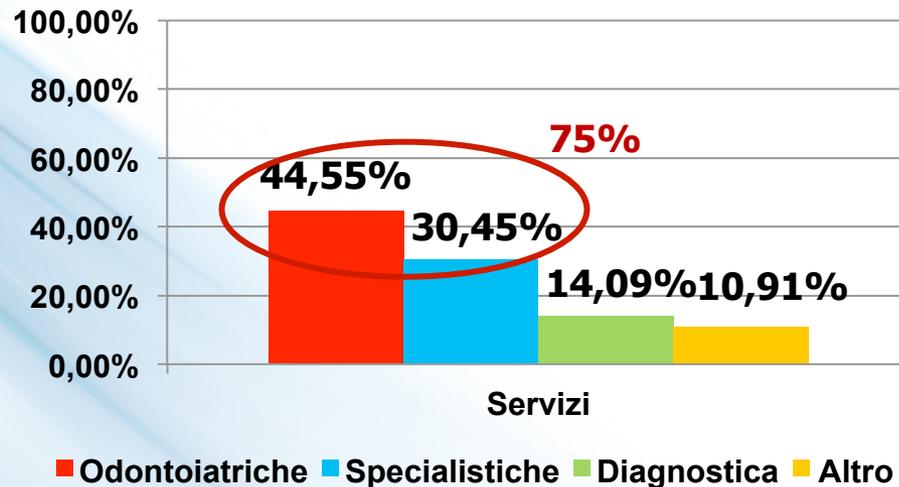
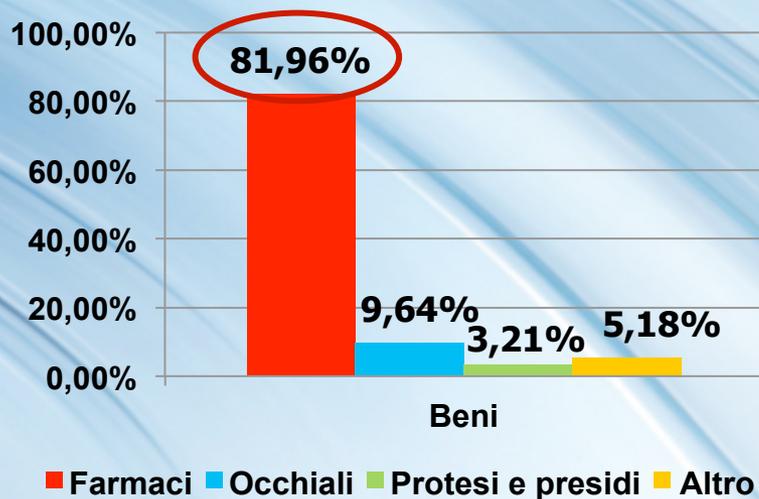
**Spesa sanitaria
OOP**



■ Beni ■ Servizi

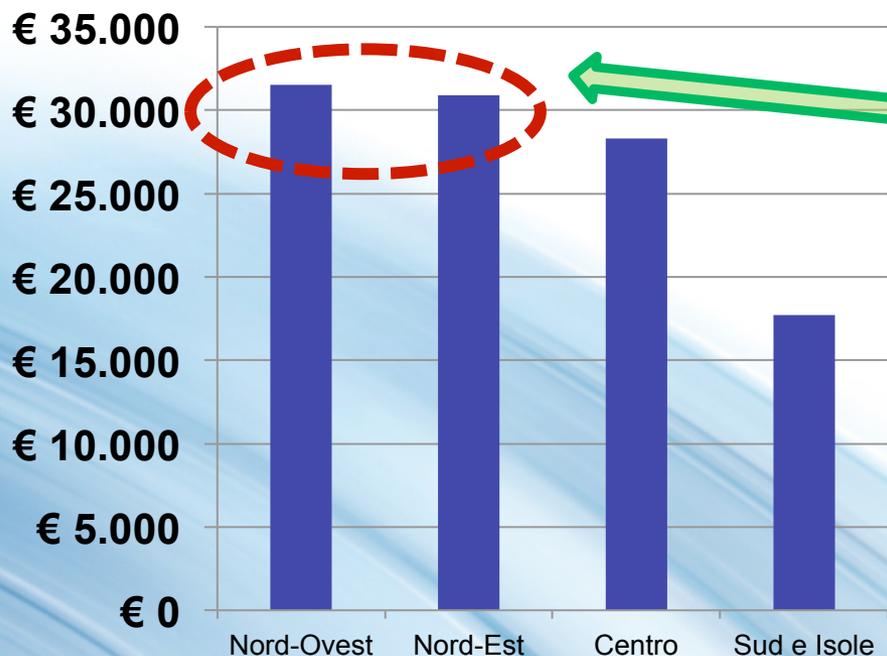
TEMI DI RIFLESSIONE

- PIÙ DELLA METÀ DELLA SPESA OUT OF POCKET È COMPOSTA DALL'ACQUISTO DI BENI
- NELLA QUOTA BENI I FARMACI COPRONO PIU' DELL'80% DELLA SPESA
- NELLA QUOTA SERVIZIO ODONTOIATRIA E SPECIALISTICHE SI ATTESTANO AL 75%
- RILEVANTE COMUNQUE RIMANE IL RUOLO DELLA DIAGNOSTICA (50% DELLA SPESA PER SPECIALISTICHE) ED IN PARTICOLARE DELL'ALTA DIAGNOSTICA (cfr. infra)

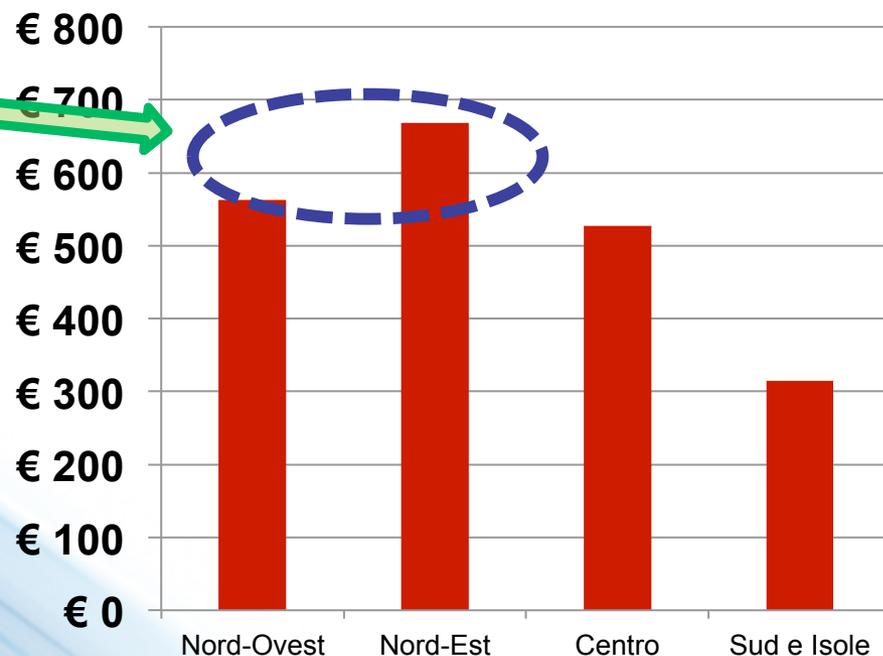


Fonte: Elaborazione OCPS-SDA Bocconi su dati ISTAT

PIL pro capite



OOP pro capite

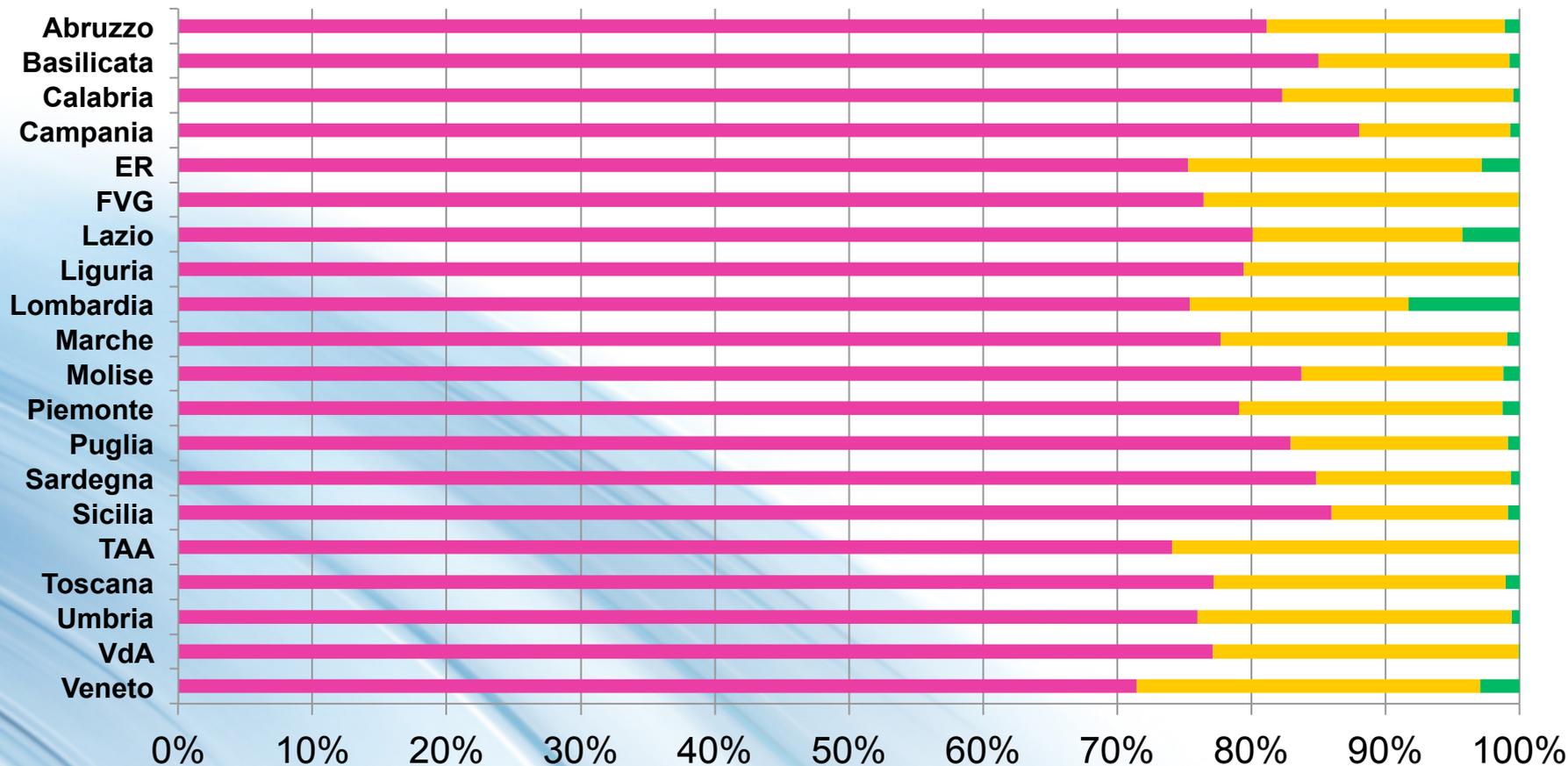


Fonte: Elaborazione OCPS – SDA BOCCONI su dati ISTAT

TEMI DI RIFLESSIONE

- LE DINAMICHE DELL'OUT OF POCKET SONO FORTEMENTE CONNESSE AL REDDITO (PIL PRO CAPITE) DEI CITTADINI
- IL NORD EST È L'AREA CON UN PIÙ ELEVATO LIVELLO DI OUT OF POCKET PRO CAPITE (IL TAA È LA PRIMA REGIONE ITALIANA PER OOP PRO CAPITE)

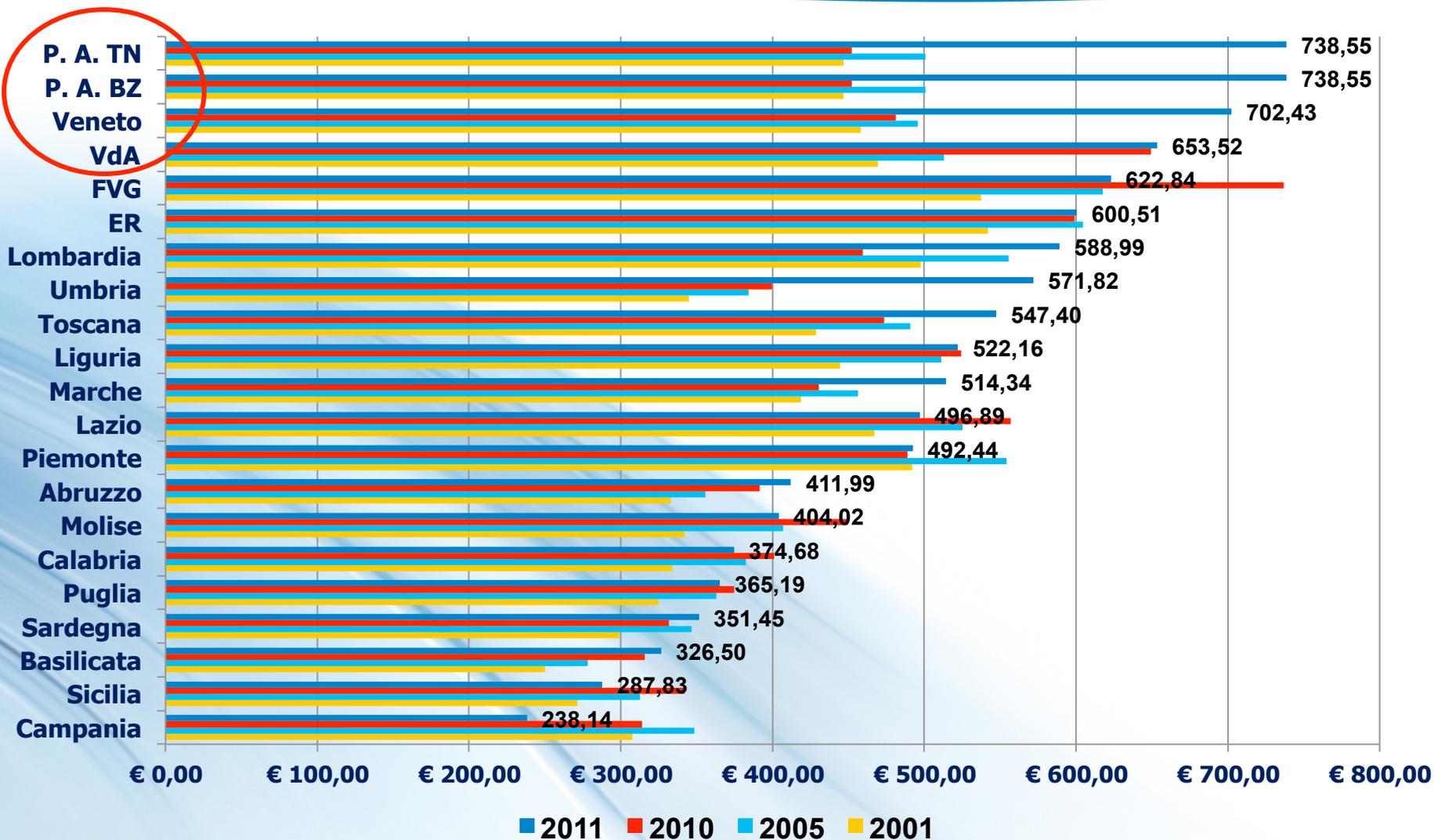
■ S.S.N. ■ OPP non intermediata ■ FSI ■ OOP totale



Elaborazione RBM Salute su dati ISTAT e su dati Previmedical

TEMI DI RIFLESSIONE

- LA FSI INTERMEDIANO UNA QUOTA RILEVANTE DI SPESA IN LOMBARDIA (>8%) E LAZIO (>4%)
- SIGNIFICATIVA COMUNQUE LA QUOTA DI SPESA PRIVATA INTERMEDIATA DAI FONDI SANITARI ANCHE IN EMILIA ROMAGNA E VENETO (>3%) REGIONI COMUNQUE CARATTERIZZATE DA UNA RILEVANTE QUOTA DI SPESA OUT OF POCKET)



Fonte: elaborazione RBM Salute su dati Previmedical

SANITASS: IL BANCASSURANCE SALUTE

Il prodotto Bancassurance Salute di RBM Salute viene attuato mediante piani sanitari collettivi ad adesione individuale riservati ai clienti della Banca stipulati con **SANITASS**[®].

SANITASS[®] è un Fondo Sanitario Integrativo Aperto già operativo ed **iscritto all'Anagrafe** dei Fondi Sanitari Integrativi presso il Ministero della Salute.

Il Fondo dispone della **certificazione del rispetto della soglia risorse vincolate** (20%) per prestazioni di natura odontoiatrica e/o socio sanitarie e socio - assistenziali, necessaria per **permettere alla Banca ed ai suoi Clienti di usufruire di numerosi vantaggi, rispetto alla distribuzione di una polizza sanitaria individuale.**

Il prodotto Bancassurance Salute di RBM Salute viene attuato mediante piani sanitari collettivi ad adesione individuale riservati ai clienti della Banca stipulati con **SANITASS**[®].

SaniTass[®]
Fondo Sanitario Integrativo
del Servizio Sanitario Nazionale

SANITASS[®] è il Fondo Sanitario Aperto di natura integrativa creato da PREVIMEDICAL già operativo ed **iscritto all'Anagrafe** dei Fondi Sanitari Integrativi presso il Ministero della Salute.

E' dotato della **certificazione del rispetto delle risorse vincolate** (20%) a prestazioni di natura odontoiatrica/socio assistenziali, necessaria per **permettere ai propri soci di usufruire del beneficio fiscale** (deducibilità dei contributi fino a € 3.615,20 Ex. Art. 10, lett. e/ter, comma 1 del T.U.I.R. Testo Unico del 22/12/1986 n. 917)

Collocamento del Prodotto Salute

**Attraverso un FONDO
SANITARIO APERTO**

**A) già costituito ed operativo
(Fondo Sanitario Integrativo Aperto SANITASS®)**

**B) da costituire e brandizzabile
(Fondo Sanitario Integrativo Aperto della Banca*)**

- Beneficio fiscale
- Costi contenuti (contributo unico per nucleo)
- Prestazioni ampie
- Nessun questionario sanitario
- Sinistrosità individuale compensata dalla mutualità

*** La costituzione e la successiva iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari istituita presso il Ministero della Salute è svolta direttamente dal Team di specialisti Legali di Previmedical S.p.A.**

1. Un **nuovo modello operativo per la gestione dei sinistri** finalizzato a garantire la capillarità del network di convenzioni, rapidità nei pagamenti, tracciabilità dei sinistri ed elevata informatizzazione nell'acquisizione degli input

Livelli di servizio (**SLA**) **TOP QUALITY**:

2.

- tempo medio di liquidazione su base annuale dei sinistri: 5 gg.;
- percentuale di evasione media delle telefonate su base annuale: 95%;
- preavviso per presa in carico network 12 h (30 min max urgenze mediche)

Una **gestione** davvero "**SMART**"

3.

- richiesta rimborso: WEB e APP
- richiesta PIC Network: WEB, APP e numero verde gratuito h.24 7gg X 7gg
- Tracking WEB, APP e SMS dei sinistri

4. Il **più ampio e capillare network di strutture sanitarie ed odontoiatriche** operante in Italia

5. **Centrale Medica** e **Guardia medica domiciliare** sempre al servizio degli assicurati

I VANTAGGI DEL PRODOTTO BANCASSURANCE SALUTE

Forte valenza sociale

"Ci occupiamo del welfare della popolazione sempre più minacciato dall'arretramento del settore pubblico".
Questo approccio offre alla Banca opportunità di alleanze (associazioni territoriali, forze sociali), posizionamento su valori di tutela e consente di instaurare un rapporto con la propria Clientela di lunga durata

Protezione del patrimonio e degli investimenti

L'offerta di sanità integrativa ha un valore chiave per l'economia personale del Cliente. Il ruolo della Banca deve essere di protezione del patrimonio nel caso in cui il Cliente abbia la necessità di cure mediche costose, soprattutto nel caso di lavoratori autonomi, piccoli imprenditori, professionisti che normalmente non hanno poche coperture disponibili

Copertura dell'intero ciclo di vita del cliente

La Banca attraverso l'offerta di prodotti MALATTIA e prodotti VITA ha la possibilità di fornire coperture alla propria clientela per l'intero ciclo di vita: dall'avviamento degli impegni familiari e dei finanziamenti, allo sviluppo professionale e familiare fino ad arrivare alla maturità professionale

Facilità di distribuzione

La distribuzione del Prodotto Bancassurance Salute di RBM Salute è semplice (si basa sulla compilazione del solo modulo di adesione al Fondo Sanitario) e può essere effettuata mediante un front end web proprietario direttamente interfacciabile con i sistemi gestionali della banca e dei suoi promotori

4 livelli di protezione

Sono previste 4 opzioni con 4 livelli di contributo per soddisfare **tutte le esigenze** di protezione della propria Clientela

Alti margini distributivi

Sono previste provvigioni elevate che possono variare dal **15% al 30% in base ai programmi di sviluppo condivisi con ciascun distributore**. In ogni caso RBM Salute è disponibile a rielaborare le proprie tariffe in ragione del mark up provvigionale richiesto dal distributore

Sviluppo del proprio business

Opportunità di sviluppo del proprio **business di ingresso** (conti corrente/bancomat/ carte di credito), in quanto il presupposto per avere accesso a questi prodotti è essere cliente della Banca

Benefici Fiscali

L'adesione ad un piano sanitario attraverso un Fondo consente all'Assicurato di **dedurre dal proprio reddito** complessivo i contributi/premi versati al Fondo fino a **Euro 3.615,20** con risparmio pari all'aliquota marginale IRPEF di ciascuno (Art. 10, lett. e/ter, comma 1 del T.U.I.R.-Oneri deducibili), a differenza delle tradizionali polizze malattia il cui premio non è né detraibile né deducibile

Costi contenuti

Il **contributo** versato al Fondo per l'adesione al piano sanitario è **unico per l'intero nucleo familiare** e decisamente più **contenuto** rispetto ai premi elevati, solitamente a persona e per fascia di età, previsti dalle polizze malattia individuali

Frazionamento del premio

È previsto il **frazionamento mensile** del contributo/premio, senza oneri aggiuntivi e con addebito diretto della rata sul conto corrente

Nessun questionario anamnestico

Come prevede la normativa che regola i fondi sanitari **non è richiesta**, al momento dell'adesione al piano sanitario, **la compilazione del Questionario Anamnestico né di alcuna Dichiarazione Sanitaria**, previsti di norma nelle polizze malattia tradizionali

Prestazioni ampie

I piani sanitari **SANITASS**[®] prevedono un'**ampia gamma di prestazioni extraospedaliere** oltre all'area ricovero, normalmente prevista dalle tradizionali polizze malattia, come ad esempio: **accertamenti di medicina preventiva, prevenzione orale, protesi ed apparecchi acustici, alta specializzazione, lenti da vista per occhiali e a contatto**

Insieme per proteggere la tua salute

L'adesione al Fondo dà all'assicurato la garanzia di poter **continuare ad usufruire nel tempo delle prestazioni** offerte dal proprio piano sanitario nel tempo. Infatti il Fondo non può recedere le singole adesioni in caso di sinistro, in quanto la sinistrosità individuale viene compensata dalla mutualità in cui è inserita. Solo all'assicurato è data facoltà ogni anno di uscire dal piano sanitario e quindi anche dal Fondo

PROPOSTA "SALUTE" I PIANI SANITARI SANITASS®

CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA

Le prestazioni sanitarie offerte dal **Fondo SANITASS®**, sono garantite attraverso coperture assicurative stipulate con RBM Salute, compagnia specializzata nel settore salute e leader nel mercato italiano.

I servizi di supporto, legati alle coperture, sono forniti da Previmedical, società di servizi specializzata nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria.

Sono previste 3 opzioni con 4 livelli di copertura:

1) BASE, prevede due opzioni che prevedono:

- Grandi Interventi Chirurgici;
- Grandi Interventi Chirurgici, Gravi Eventi Morbosi, Ricoveri compresi DH e Interventi Ambulatoriali;

2) MEDIUM, prevede la garanzia Grandi Interventi Chirurgici, i Ricoveri compreso i DH e gli Interventi Ambulatoriali, oltre a prestazioni Extraospedaliere e di Medicina Preventiva;

3) TOP, prevede la garanzia Grandi Interventi Chirurgici, i Ricoveri compreso i DH e gli Interventi Ambulatoriali, prestazioni Extraospedaliere e di Medicina Preventiva e Prestazioni di Assistenza.

*Inoltre il Team Attuariale di RBM Salute è disponibile a **sviluppare** e **personalizzare** i prodotti e le tariffe collegate al Fondo Sanitass in base alle specifiche strategie di ciascun distributore.*

PROPOSTA "SALUTE" I PIANI SANITARI SANITASS[®]

PRINCIPALI PARAMETRI

CARATTERISTICHE GENERALI	
Modalità di adesione	Collettiva ad adesione individuale, estendibile anche al nucleo familiare
Garanzie prestate	<ul style="list-style-type: none"> Malattia/Infortunio: prestazioni ospedaliere ed extra-ospedaliere ad adesione Prestazioni di assistenza
Contributi annuali netti per le diverse opzioni	Da 500 euro a 1.300 euro per anno e per nucleo familiare , indipendentemente dal numero dei componenti. Possibilità di ingresso in corso d'anno e pagamento dei mesi di effettiva copertura
Frazionamento del contributo	E' prevista la rateizzazione del contributo su base mensile senza interessi
Modalità di pagamento	E' previsto in pagamento del contributo tramite S.D.D. (Sepa Direct Debit), Carta di Credito e Paypal
Durata	Annuale con tacito rinnovo e disdetta a 60 giorni; possibilità di ingresso in corso d'anno
Massimali	Anno/nucleo, se non diversamente specificato
Questionario anamnestico	NON è richiesta la compilazione del questionario anamnestico
Limiti di età	75 anni . Per le persone che raggiungono tale età nel corso di copertura, la stessa resterà valida fino alla scadenza del periodo di copertura in corso

I Piani Sanitari Sanitass alcuni esempi

PRINCIPALI GARANZIE COPERTE - OSPEDALIERE

OPZIONE	BASE GRANDI INTERVENTI	BASE RICOVERI	MEDIUM	TOP
OSPEDALIERE				
Ricovero per Grandi Interventi, Ricovero per Gravi Patologie, Ricovero CON/SENZA intervento, Day Hospital/Surgery, Intervento Ambulatoriale	SOLO RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI			
<i>massimale</i>	€ 260.000	€ 260.000	€ 400.000	€ 400.000
sottolimito per ricoveri a rimborso e misti	-	-	-	€ 100.000
sottolimito per ricoveri CON/SENZA intervento	-	€ 10.000	€ 10.000	-
<i>condizioni</i>	previsto caso misto franchigia € 500	previsto caso misto franchigia € 1.500 - GI: franchigia € 500	previsto caso misto franchigia € 1.500 - GI: franchigia € 500	previsto caso misto franchigia € 1.500 - GI: franchigia € 500
In Network diretto	scoperto 25% minimo € 1.500	scoperto 35% minimo € 2.500	scoperto 35% minimo € 2.500	scoperto 35% minimo € 2.500
Fuori Network rimborso	100%	scoperto 15%	scoperto 15%	scoperto 15%
ticket	scoperto 30%	scoperto 30%	scoperto 30%	scoperto 30%
materiale di intervento	€ 3.000	€ 3.000	€ 3.000	€ 3.000
limite robot	90 giorni	90 giorni	90 giorni	90 giorni
PRE	120 giorni	120 giorni	120 giorni	120 giorni
POST	180 giorni	180 giorni	180 giorni	180 giorni
POST PER TRATTAMENTI DI MALATTIE ONCOLOGICHE	non previsto	non previsto	non previsto	non previsto
Parto Cesareo	non previsto	€ 5.200 per evento come ricovero	€ 5.200 per evento come ricovero	€ 5.200 per evento come ricovero
<i>sub-massimale</i>				
<i>condizioni</i>		€ 2.100 per evento	€ 2.100 per evento	€ 2.100 per evento
Aborto terapeutico, spontaneo o post traumatico	non previsto	100%	100%	100%
<i>sub-massimale</i>		scoperto 35% minimo € 600	scoperto 35% minimo € 600	scoperto 35% minimo € 600
<i>condizioni</i>		100%	100%	100%
In Network diretto				
Fuori Network rimborso				
ticket				
Parto non cesareo anche domiciliare	non previsto	€ 550 per evento	€ 550 per evento	€ 550 per evento
<i>sub-massimale</i>				
<i>condizioni</i>		100%	100%	100%
In Network diretto		100%	100%	100%
Fuori Network rimborso		100%	100%	100%
ticket		100%	100%	100%
Ricoveri particolari:				
Trapianto	come ricovero	come ricovero	come ricovero	come ricovero
Ricovero per trattamenti fisioterapici	non previsto	come ricovero: una volta all'anno max 7 giorni	come ricovero: una volta all'anno max 7 giorni	come ricovero: una volta all'anno max 7 giorni
Ricovero domiciliare per malattia terminale	€ 110 al giorno max 60 giorni	€ 110 al giorno max 60 giorni	€ 110 al giorno max 60 giorni	€ 110 al giorno max 60 giorni
Garanzie accessorie:				
Trasporto malato	€ 520	€ 520	€ 520	€ 520
Trasporto con elimbulanza	elevato ad € 2.600	elevato ad € 2.600	elevato ad € 2.600	elevato ad € 2.600
Trasporto all'etsreo con eventuale accompagnatore	elevato ad € 1.600	elevato ad € 1.600	elevato ad € 1.600	elevato ad € 1.600
Accompagnatore	€ 60 al giorno max 20 giorni	€ 60 al giorno max 20 giorni	€ 60 al giorno max 20 giorni	€ 60 al giorno max 20 giorni
Rimpatrio salma	€ 2.100	€ 2.100	€ 2.100	€ 2.100
INDENNITA SOSTITUTIVA	€ 130 al giorno max 100 giorni	€ 130 al giorno max 100 giorni	€ 150 al giorno max 100 giorni	€ 150 al giorno max 100 giorni
Neonati	€ 30.000 entro il primo anno di vita	€ 30.000 entro il primo anno di vita	€ 30.000 entro il primo anno di vita	€ 30.000 entro il primo anno di vita

I MASSIMALI SI INTENTONO ANNO/NUCLEO SE NON DIVERSAMENTE SPECIFICATO

I Piani Sanitari SaniTass *alcuni esempi*

PRINCIPALI GARANZIE COPERTE - EXTRAOSPEDALIERE

OPZIONE	BASE GRANDI INTERVENTI	BASE RICOVERI	MEDIUM	TOP
EXTRAOSPEDALIERE				
INDENNITA' DI MEDICINA PREVENTIVA	non previsto	non previsto		
<i>massimale condizioni</i>			€ 150 100%	€ 150 100%
PREVENZIONE ORALE	non previsto	non previsto		
<i>massimale condizioni</i>			€ 80 100%	€ 80 100%
PROTESI ANATOMICHE ED APPARECCHI ACUSTICI	non previsto	non previsto		
<i>massimale condizioni</i>			€ 1.000 100%	€ 1.000 100%
ALTA SPECIALIZZAZIONE	non previsto	non previsto	ELENCO ESTESO € 1.000	ELENCO ESTESO € 1.000
<i>massimale condizioni</i>			scoperto 20% minimo € 50	scoperto 20% minimo € 50
LENTI	non previsto	non previsto		
<i>massimale condizioni</i>			€ 100 al 100%	€ 100 al 100%
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA				
PACCHETTO TOP	non previsto	non previsto	non previsto	PREVISTO

(*): Sintesi delle prestazioni di assistenza previste dal pacchetto TOP:

informazioni sanitarie; consigli medici telefonici generici e specialistici; invio medico generico a domicilio o di un ambulanza; trasporto in ambulanza in Italia post ricovero di primo soccorso; trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato; rientro dal centro ospedaliero attrezzato; assistenza infermieristica presso l'istituto di cura; invio di medicinali urgenti; invio di un infermiere a domicilio; invio di un fisioterapista; rientro sanitario (anche dall'estero); rientro anticipato; rimpatrio e recupero salma; prolungamento soggiorno all'estero; rientro degli altri assistiti; assistenza di un interprete all'estero; viaggio di un familiare e spese di soggiorno; anticipo spese mediche; invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente; accompagnamento dei minori; baby-sitter per minori; collaboratrice familiare; consulenza pediatrica; secondo parere medico.

I MASSIMALI SI INTENTONO ANNO/NUCLEO SE NON DIVERSAMENTE SPECIFICATO

I **Piani Sanitari a Secondo Rischio** si rivolgono a chi vuole personalizzare maggiormente i livelli di copertura attualmente garantiti dai Piani Sanitari Sanitass proteggendo la propria salute in base alle proprie esigenze specifiche. In particolare i moduli a Secondo Rischio attualmente disponibili sono: *PS. 1 – ESTENSIONE RICOVERO IN CLINICA PRIVATA, PS. 2 – ESTENSIONE RICOVERO IN OSPEDALE (S.S.N.), PS. 3 – ESTENSIONE VISITE E DIAGNOSTICA+PACCHETTO MATERNITÀ, PS. 4 – PREVENZIONE, PS. 5 – ESTENSIONE DENTISTA, PS. 6 – NON AUTOSUFFICIENZA (LTC)*

I **Piani Sanitari a Secondo Rischio** possono essere attivati su base volontaria ed individuale da:

- Titolari già iscritto a Sanitass
- Componenti del nucleo familiare già iscritti a Sanitass. Anche per i componenti del Nucleo Familiare l'estensione della copertura potrà avvenire su base volontaria ed individuale senza alcun obbligo di attivazione del Piano Sanitario a Secondo Rischio all'intero nucleo familiare.
- La scelta del titolare o di un familiare non condiziona in alcun modo la scelta di altri componenti del nucleo familiare. **Ciascuno può liberamente attivare e personalizzare il Piano a Secondo Rischio in base alle proprie esigenze.**

Il costo di ciascun modulo scelto dall'iscritto/familiare rientrante **Piani Sanitari a Secondo Rischio** viene in ogni caso versamento sul c/c di Sanitass e poi trasferito a RBM Salute per garantirne la **deducibilità fiscale.**

A graphic illustration featuring a globe at the bottom, with several stylized human figures in various colors (blue, purple, black) standing on its surface and holding hands. The background is a light blue gradient with diagonal lines.

**Direzione Commerciale
RBM Salute S.p.A.**

T: 0422/1745023

M: 334/6012769

@: direzionecommerciale@rbmsalute.it