

**CASSA RBM SALUTE
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

REGOLAMENTO

Indice

TITOLO I – FONTE ISTITUTIVA DI CASSA RBM SALUTE

Art. 1 – Oggetto del Regolamento

Art. 2 – Gestione dei rischi connessi all'erogazione delle prestazioni

TITOLO II – ASSOCIAZIONE A CASSA RBM SALUTE

Art.3 – Modalità di convenzionamento di Aziende, Associazioni ed Enti

Art.4 – Cessazione della qualifica di Associato

Art.5 – Cessazione della qualifica di Beneficiario

TITOLO III – CONTRIBUTUZIONI

Art. 6 – Contribuzioni

Art. 7 – Omissioni contributive e ritardati versamenti

TITOLO IV – PRESTAZIONI E MODALITA' DI RIMBORSO

Art. 8 – Prestazioni rimborsabili

Art. 9 – Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Definizione

Art. 10 – Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Esclusioni

Art. 11 – Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Richiesta di indennizzo

Art. 12 – Infortuni. Definizione

Art. 13 – Infortuni. Esclusioni

Art. 14 – Infortuni. Denuncia e accertamento dell'infortunio

Art. 15 – Copertura LTC. Definizione

Art. 16 – Copertura LTC. Esclusioni

Art. 17 – Copertura LTC. Denuncia e accertamento dello stato di non di autosufficienza

Art. 18 – Copertura LTC. Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

Art. 19 – Copertura malattia. Prestazioni ed esclusioni

Art. 20 – Copertura malattia. Erogazioni in forma diretta

Art. 21 – Copertura malattia. Erogazioni in forma indiretta

Art. 22 – Copertura malattia. Modalità di rimborso delle prestazioni erogate in forma diretta

Art. 23 – Copertura malattia. Modalità di rimborso delle prestazioni erogate in forma indiretta

Art. 24 – Copertura malattia. Perdita del requisito di rimborso

Art. 25 – Copertura Assistenziale. Definizione

Art. 26 – Copertura Assistenziale. Servizio di Assistenza Domiciliare

Art. 27 – Copertura Assistenziale. Servizio di guardia medica permanente

Art. 28 – Copertura Assistenziale. Servizio di trasporto in autoambulanza, trasferimento in istituto di cura, rientro dall'istituto di cura e trasporto post ricovero(in Italia)

Art. 29 – Copertura Assistenziale. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura

- Art. 30 – Copertura Assistenziale. Modalità di erogazione delle prestazioni/servizi
- Art. 31 – Copertura TCM. Definizione
- Art. 32 – Copertura TCM. Richiesta della prestazione
- Art. 33 – Accertamenti amministrativi e controlli sanitari
- Art. 34 – Revisione della pratica di rimborso

TITOLO V - NORME FINALI

- Art. 35 – Privacy e tutela dei dati personali e sensibili
- Art. 36 – Contact Center e Centrale Operativa

TITOLO I – FONTE ISTITUTIVA DI CASSA RBM SALUTE

Art. 1 – Oggetto del Regolamento

1. Il presente Regolamento disciplina il funzionamento di “Cassa RBM Salute - Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale”, di seguito per brevità “la Cassa”, costituito con atto pubblico il 23/11/2011.
2. Il Regolamento è adottato ai sensi dell'art. 23 dello Statuto della Cassa
3. Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, s'intendono richiamate le norme dell'Atto Costitutivo e dello Statuto.

Art. 2 – Gestione dei rischi connessi all'erogazione delle prestazioni

1. La gestione dei rischi connessi con le prestazioni erogate da Cassa RBM Salute sarà attuata dalla Cassa mediante la stipula di apposite convenzioni - per parte o tutte le prestazioni garantite - con RBM Salute S.p.A. per i rami infortuni e malattia e con Compagnie di assicurazione appositamente selezionate dal Consiglio di Amministrazione per quanto attiene ai rami vita.
2. Per l'erogazione dei rischi malattia, la Cassa si dota di apposito network mediante la stipula di una convenzione con un provider , secondo quanto previsto all'articolo 20 dello Statuto.

TITOLO II – ASSOCIAZIONE A CASSA RBM SALUTE

Articolo 3 – Modalità di convenzionamento di Aziende, Associazioni ed Enti

1. Per associarsi alla Cassa, le Aziende e le Associazioni - di cui all'art. 4, comma 1, lett. a), b) e c) dello Statuto che intendano beneficiare dei piani sanitari assicurati da RBM Salute S.p.A., devono far pervenire alla Cassa stessa specifica domanda di convenzionamento, che dovrà avere il seguente contenuto minimo:
 - l'approvazione dell'Atto Costitutivo, dello Statuto e del Regolamento di Cassa RBM Salute;
 - il numero iniziale dei dipendenti/associati iscrivibili alla Cassa.
2. Per associarsi alla Cassa gli Enti di cui all'art. 4, comma 1, lett. c) dello Statuto che intendano beneficiare dei piani sanitari assicurati da RBM Salute S.p.A., devono stipulare con la Cassa apposito Accordo Quadro. In tal caso la Cassa dovrà assumere il ruolo di co-contraente della polizza stipulata tra RBM Salute S.p.A. e l'Ente.
3. Per associarsi alla Cassa, gli aderenti su base individuale - di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) dello Statuto - devono far pervenire alla Cassa stessa, specifica domanda. Si precisa che i moduli di iscrizione degli aderenti al piano sanitario collettivo, previamente consegnati al datore di lavoro presso l'azienda di appartenenza, verranno da quest'ultimo conservati in originale. La Cassa, salva propria esplicita richiesta, non riceverà e conserverà alcuna copia dei suddetti moduli.
4. Spetta al Consiglio di Amministrazione di Cassa RBM Salute deliberare sulla non ammissibilità della richiesta di associazione alla Cassa e sulla eventuale esclusione degli Associati e/o Beneficiari.
5. In caso di accoglimento della richiesta di convenzionamento, quest'ultimo decorre dal giorno di versamento alla Cassa del primo contributo ovvero dalla diversa data condivisa per iscritto tra le parti.
6. Possono essere previste una quota di adesione *una tantum* ed una quota associativa

annua, da determinarsi ai sensi dell'art. 6 comma 4 del presente Regolamento.

7. Le Aziende Convenzionate comunicano alla Cassa, mediante una procedura informatizzata presente nel sito Internet, i dati anagrafici necessari per la registrazione dei lavoratori iscritti e degli eventuali familiari per i quali il lavoratore- qualora il suo piano sanitario lo preveda- abbia chiesto l'inclusione in copertura.
8. Nel caso di impossibilità di utilizzo della predetta procedura informatizzata, la comunicazione di cui al comma precedente avverrà tramite l'invio a mezzo posta elettronica del modulo di iscrizione debitamente compilato in ogni sua parte.

Articolo 4 – Cessazione della qualifica di Associato

1. Le Aziende Convenzionate, le Associazioni Convenzionate e gli Enti Convenzionati, di cui al comma 1 e 2 del precedente art. 3, possono recedere dal convenzionamento a Cassa RBM Salute nei termini e con le modalità previste nella singola Convenzione.
2. L'aderente a titolo individuale, di cui al comma 3 del precedente art. 3, può rinunciare alla partecipazione alla Cassa ferma restando la necessità, comunque, di assicurare un periodo minimo di permanenza pari a dodici mesi a decorrere dalla data di iscrizione.
3. In caso di rinuncia volontaria alla partecipazione alla Cassa, l'aderente a titolo individuale deve compilare l'apposito modulo e trasmetterlo a Cassa RBM entro e non oltre il 31 agosto dell'anno in corso al momento della rinuncia. Il Beneficiario può revocare la rinuncia volontaria all'iscrizione, purché la revoca pervenga alla Cassa, mediante raccomandata AR, entro e non oltre il 31 agosto dell'anno in cui ha comunicato la volontà di recesso, fermo rimanendo il termine minimo di cui al precedente comma.
4. L'uscita dalla Cassa per una qualsiasi delle altre cause di cessazione statutariamente previste deve essere comunicata per iscritto a Cassa RBM Salute.
5. Nell'ipotesi in cui il Consiglio di Amministrazione della Cassa disponga l'immediata esclusione dell'Associato dalla Cassa per accertamento di comportamenti dolosi, il provvedimento di esclusione dovrà essere notificato mediante lettera raccomandata A/R all'associato stesso, il quale potrà impugnare la delibera, innanzi ai Probiviri di cui all'articolo 21 dello Statuto, entro 30 giorni dal ricevimento della stessa.

Articolo 5 – Cessazione della qualifica di Beneficiario

1. La partecipazione alla Cassa dei Beneficiari di cui all'art. 5 dello Statuto cessa nelle seguenti ipotesi:
 - cessazione della qualifica di Associato dell'azienda o dell'associazione di appartenenza, per i beneficiari di cui all'art. 5, comma 1, lett. a), b) e c) dello Statuto o della persona fisica, per i beneficiari di cui all'art. 5, comma 1, lett. d);
 - rinuncia volontaria del Beneficiario;
 - cessazione, per qualsiasi causa, del rapporto di lavoro con l'Azienda Convenzionata o del rapporto con l'Associazione Convenzionata o con l'Ente Convenzionato;
 - decesso del Beneficiario.
2. L'uscita del Beneficiario dalla Cassa deve essere comunicata per iscritto alla Cassa stessa e - con esclusione dei Beneficiari di cui all'art. 5, comma 1, lett. d) – anche, rispettivamente, alle Aziende e alle Associazioni Convenzionate di appartenenza.

3. L'uscita dalla Cassa del Beneficiario comporta l'uscita automatica dei familiari eventualmente inclusi in copertura.
4. L'obbligo contributivo ed il diritto alle prestazioni persistono sino alla fine dell'anno in corso al momento della cessazione. Sono rimborsate le prestazioni per le quali siano esibite ricevute/fatture riportanti data di emissione non posteriore al 31 Dicembre dell'anno in corso al momento dell'esercizio della cessazione.

TITOLO III – CONTRIBUTZIONI

Articolo 6 – Contribuzioni

1. Gli Associati e/o i Beneficiari devono versare su base anticipata annuale i contributi con le modalità previste nella relativa Convenzione, nella misura prevista dal Nomenclatore/Tariffario di riferimento. È comunque facoltà del Consiglio di Amministrazione, previa specifica richiesta dell'Associato e/o del Beneficiario, accordare la facoltà di rateizzazione infrannuale della contribuzione in caso ne ricorrano adeguate e motivate esigenze.
2. Gli aderenti su base individuale di cui all'art. 4, co. 1, lett. d) dello Statuto provvedono al pagamento dei contributi secondo le modalità stabilite in sede di adesione alla Cassa, nella misura prevista dal Nomenclatore/Tariffario di riferimento.
3. Per la copertura delle spese di funzionamento della Cassa, dai contributi versati potrà essere prelevata una quota associativa, in base a quanto stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione.
Per il suo funzionamento il Fondo può definire su base annuale, a carico degli Associati e/o dei beneficiari, il pagamento di una quota associativa determinata dal Consiglio di Amministrazione in ragione della numerosità e/o dell'entità dei versamenti degli Associati e/o dei Beneficiari.
4. Per l'iscrizione alla Cassa dei familiari indicati nell'articolo 5 del presente Regolamento, è previsto il pagamento di una quota aggiuntiva con le modalità previste nell'atto di convenzione o di adesione per gli iscritti di cui al precedente comma 2.

Articolo 7 – Omissioni contributive e ritardati versamenti

1. Nel caso in cui il versamento effettuato risulti inesatto o incompleto, la Cassa informerà l'Azienda Convenzionata e/o i Beneficiari affinché si provveda tempestivamente alla relativa regolarizzazione, che dovrà avvenire entro e non oltre 30 giorni dalla prima scadenza di versamento successiva alla comunicazione ricevuta. Trascorso tale termine senza che si sia provveduto alla regolarizzazione del versamento, la Cassa provvederà a sospendere l'erogazione delle prestazioni. L'erogazione delle prestazioni sarà ripristinata successivamente alla regolarizzazione della posizione, ovvero dal mese concordato nel caso che sia stata accordata dal Consiglio di Amministrazione della Cassa una pianificazione del pagamento dei contributi dovuti.
2. Qualora il ritardo del versamento dei contributi rispetto alla data di scadenza prevista dal comma 1 del presente articolo sia superiore ad un mese, troveranno applicazione gli interessi legali maggiorati di 5 punti rispetto alla misura prevista dalla normativa vigente al tempo, da imputarsi al datore di lavoro in caso di adesioni ai sensi dell'art. 5, co. 1, lett. a) dello Statuto, ovvero ai Beneficiari di cui all'art. 5, co. 1, lett. b, c) e

- d) dello Statuto.
3. In caso di morosità che si protragga per 6 mesi, ove non sia stata chiesta e concordata la pianificazione del pagamento la Cassa intraprende l'iter di esclusione degli Associati/Beneficiari, a seconda del soggetto cui è imputabile l'inadempimento. Prima di procedere con l'effettiva esclusione, la Cassa invia un'ultima comunicazione di sollecito all'Azienda Convenzionata e per conoscenza ai lavoratori aderenti ai piani sanitari, ovvero ai Beneficiari di cui all'art. 5, co. 1, lett. b), c) e d) dello Statuto, ai fini della regolarizzazione che dovrà avvenire entro e non oltre 30 giorni dalla prima scadenza di versamento successiva alla comunicazione ricevuta. Trascorso tale termine senza riscontro positivo, la Cassa informerà l'Azienda Convenzionata ed i lavoratori iscritti ai piani sanitari, ovvero, i Beneficiari di cui all'art. 5, co. 1, lett. b), c) e d) dello Statuto dell'avvenuta esclusione.
 4. Il Consiglio di Amministrazione valuterà i termini e le modalità dell'eventuale rientro dell'Azienda Convenzionata ovvero dei soggetti di cui all'art. 5, co. 1, lett. b),c) e d) dello Statuto che ne avessero fatto espressa richiesta.

TITOLO IV – PRESTAZIONI E MODALITA' DI RIMBORSO

Articolo 8– Prestazioni rimborsabili

1. La Cassa può garantire ai propri Associati forme integrative di assistenza per i casi di malattia e/o invalidità e/o infortunio e/o non autosufficienza e/o assistenza e/o morte (TCM) in favore dei Beneficiari di cui all'articolo 5 dello Statuto.
2. Con riferimento alle coperture di cui al comma 1 del presente articolo, l'elenco delle coperture garantite e delle prestazioni rimborsabili, le decorrenze, le basi tecniche di riferimento, i termini e le modalità di liquidazione/rimborso/indennizzo, sono dettagliati in appositi Nomenclatori/Tariffari.

Articolo 9 – Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Definizione

1. I Beneficiari della presente copertura sono individuati nell'ambito del singolo Nomenclatore/Tariffario di riferimento.
2. La prestazione copre i casi di invalidità permanente conseguenti a malattia di grado superiore al 66% e tale da determinare la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dall'attività esercitata dal Beneficiario al momento del verificarsi dell'evento, accertata dall'Ente Previdenziale di appartenenza mediante:
 - il riconoscimento di una “pensione di inabilità” (in caso di assoluta e permanente impossibilità a svolgere un qualsiasi lavoro);
 - il riconoscimento di un “assegno ordinario di invalidità” (conseguente alla riduzione di grado superiore al 66% della generica capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo).
3. Nel caso in cui il Beneficiario non abbia il diritto ad accedere alle prestazioni erogate dall'Ente di previdenza di base di riferimento (“pensione di inabilità” – “assegno ordinario di invalidità”) in quanto non ricorrano i requisiti di anzianità assicurativa e contributiva, tempo per tempo fissati dall'Ente di previdenza di base, ovvero nel caso in cui il Beneficiario non abbia un Ente previdenziale di riferimento, il grado di invalidità permanente superiore al 66% sarà valutato secondo i criteri previsti nella “Tabella delle menomazioni” approvata con Decreto dell'allora Ministero del Lavoro del 12 luglio 2000 e successive modifiche e integrazioni, certificata da relativa perizia medico legale specialistica.

4. La prestazione copre, altresì, i casi di invalidità permanente conseguenti da infortuni che il Beneficiario subisce nell'esercizio delle attività lavorative dallo stesso dichiarate (rischi professionali) e/o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere lavorativo (rischi extra-professionali).

In caso di infortunio con accertata invalidità permanente, viene, quindi, garantita una percentuale della somma stanziata proporzionale al grado di invalidità rilevata secondo la tabella Inail.

Articolo 10 – Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Esclusioni

1. Relativamente all'Invalidità Permanente da Malattia, la copertura non comprende le invalidità derivanti, anche indirettamente, da:
 - stati invalidanti preesistenti alla iscrizione alla Cassa o alla data di iscrizione ai Fondi da cui sia confluito il Beneficiario;
 - malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi anteriormente alla iscrizione a Cassa RBM salute;
 - malattie professionali così definite dal D.P.R. n. 124 del 30 giugno 1965 e successive modifiche;
 - abuso di alcolici e di psicofarmaci, di stupefacenti, o di allucinogeni a scopo non terapeutico;
 - guerre ed insurrezioni;
 - trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - malattie conseguenti a situazioni pandemiche dichiarate dall'OMS.
2. Relativamente alla Invalidità Permanente da Infortunio, sono esclusi dalla copertura gli infortuni causati:
 - a. dalla guida o uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri;
 - b. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se il Beneficiario non è abilitato in conformità alle norme di leggi vigenti, fatto salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che il Beneficiario abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
 - c. dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - d. dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e che comunque comporti remunerazione;
 - e. dalla pratica di: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio oltre il 3° grado (scala U.I.A.A. – Unione Italiana Associazioni Alpine), guidoslitta, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, sport aerei in genere (parapendio, deltaplano, ecc.) e paracadutismo;
 - f. da atti dolosi o azioni delittuose compiute o tentate dal Beneficiario o da partecipazione ad imprese temerarie;
 - g. da guerra o insurrezioni;
 - h. da ubriachezza del Beneficiario se alla guida di autoveicoli – motoveicoli in genere, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - i. a seguito di correzione e/o eliminazione di malformazioni o difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto;
 - j. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, naturale o provocata, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione

artificiale di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Non sono considerati infortuni:

- gli avvelenamenti e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio;
- le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- quelli subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono altresì escluse dalla copertura le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

Articolo 11 – Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Richiesta di indennizzo

1. Il Beneficiario che abbia diritto alla prestazione per Invalidità Permanente da Malattia dovrà farne richiesta a Cassa RBM Salute con lettera raccomandata A.R. entro e non oltre gg. 180 (centottanta) da quando sia venuto a conoscenza dell'invalidità, allegando la documentazione attestante il godimento di pensione di inabilità per assoluta impossibilità a svolgere un qualsiasi lavoro ovvero di assegno ordinario di invalidità superiore al 66% comportante l'impossibilità per il Beneficiario a continuare a svolgere la propria attività lavorativa.
2. Tale ultima certificazione dovrà essere rilasciata da struttura sanitaria pubblica a ciò abilitata.
3. Nel caso di mancanza dei requisiti di accesso a prestazioni pensionistiche di base e sempre nel termine di cui sopra, alla richiesta dovrà essere allegata perizia medico legale specialistica attestante il riconoscimento di una invalidità permanente superiore al 66% in applicazione dei criteri previsti nella "Tabella delle menomazioni" approvata con Decreto dell'allora Ministero del Lavoro 12 luglio 2000 e comportante l'impossibilità per il Beneficiario a continuare a svolgere la propria attività lavorativa.
4. Tale ultima certificazione dovrà essere rilasciata da struttura sanitaria pubblica a ciò abilitata.
5. In tutti i casi la documentazione suddetta dovrà essere completata con:
 - con riferimento ai lavoratori dipendenti, una dichiarazione della Azienda di appartenenza attestante la data di risoluzione del rapporto di lavoro;
 - con riferimento a tutti gli altri Beneficiari, documentazione medica contenente dettagliate informazioni sulla natura, l'origine, il decorso e le conseguenze della malattia.
6. La predetta documentazione dovrà essere trasmessa a mezzo lettera raccomandata a/r in originale e allegata alla richiesta di indennizzo, pena l'inammissibilità della richiesta.
7. Solo in presenza di tutta la documentazione suddetta, la Cassa procederà all'esame della richiesta per l'eventuale indennizzo.
8. Al ricevimento della documentazione su indicata la Cassa procederà al relativo esame riservandosi di procedere a verifica tramite visita di proprio medico legale e, nel termine di 120 (centoventi) giorni, ne comunicherà l'esito a mezzo lettera raccomandata a/r. In caso di accoglimento procederà alla liquidazione dell'indennizzo secondo gli importi previsti nel Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

9. Il diritto è di carattere personale e non può essere oggetto di disposizione testamentaria o donazione.
10. Nel caso in cui si verifichi il decesso del Beneficiario dopo la trasmissione della raccomandata da parte della Cassa contenente la comunicazione di accoglimento della richiesta di indennizzo, la somma relativa sarà liquidata agli eredi che ne avranno titolo in base alle norme della successione testamentaria o legittima e soltanto previa produzione di atto notarile ricognitivo gli aventi diritto.
11. Il Beneficiario che abbia diritto alla prestazione per Invalidità Permanente da Infortunio, deve dare avviso scritto dell'avvenuto sinistro a mezzo lettera raccomandata A/R entro 3 giorni dalla data dell'evento o da quando ne ha avuto la possibilità.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
La denuncia deve essere resa direttamente alla Cassa.
12. Ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, il Beneficiario è tenuto a produrre la seguente documentazione:
 - documentazione attestante la data e l'ora dell'evento;
 - una dettagliata descrizione dell'evento occorso;
 - i dati identificativi di eventuali testimoni presenti al momento del fatto;
 - certificato del Pronto Soccorso e/o di prima cura redatto il giorno stesso o comunque non oltre le 24 ore.
13. A partire dalla data di ricezione della denuncia da parte della Cassa, si attiverà la relativa procedura di accertamento.
Per rendere più rapido ed efficace l'intervento si invita a prendere nota dei seguenti dati:
 - numero di iscrizione;
 - cognome e nome del Beneficiario, suo indirizzo o recapito temporaneo (indirizzo, numero di telefono e di eventuali fax e telex);
 - nonché, in base al tipo di prestazione richiesta, le altre eventuali informazioni utili all'esecuzione della prestazione stessa.
14. A maggiore precisazione di quanto sopra esposto, si ricorda che per la garanzia rimborso spese mediche il rimborso viene effettuato a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte del Beneficiario, dei documenti giustificativi originali.
15. Infine, il Beneficiario dovrà sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Cassa, fornire allo stesso ogni informazione ritenuta utile e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. n. 196/2003.

Articolo 12 – Infortuni. Definizione

1. La presente copertura prevede il pagamento di un indennizzo nel caso di evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili, nei termini e condizioni di cui al Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 13 – Infortuni. Esclusioni

1. La copertura non comprende gli infortuni derivanti, anche indirettamente, da:
 - uso di veicoli in competizioni sportive;
 - guida di velivoli o aeromobili;

- uso, in qualità di passeggero, di velivoli o aeromobili nel corso di voli non operanti da società di trasporto aereo regolare;
 - guida di veicoli senza patente;
 - pratica di sport pericolosi;
 - partecipazione a gare sportive competitive;
 - ubriachezza, abuso di psicofarmaci o uso di stupefacenti quando ci si trova alla guida di veicoli a motore;
 - operazioni chirurgiche e cure non rese necessarie dall'infortunio;
 - guerra, insurrezione, terremoti, calamità.
2. Oltre a tali esclusioni generali ed imprescindibili, di cui al comma 1 del presente articolo, si rinvia ad altre eventuali esclusioni contenute nel Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 14 – Infortuni. Denuncia e accertamento dell'infortunio

1. Qualora il Beneficiario subisca un infortunio come definito nel precedente art. 12, deve esserne fatta denuncia alla Cassa entro 3 giorni dal verificarsi dell'evento mediante raccomandata A.R. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Cassa della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta, come indicata nei successivi commi del presente articolo.
2. Ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, il Beneficiario è tenuto a produrre la seguente documentazione:
- documentazione attestante la data e l'ora dell'evento;
 - una dettagliata descrizione dell'evento occorso;
 - i dati identificativi di eventuali testimoni presenti al momento del fatto;
 - certificato del Pronto Soccorso e/o di prima cura redatto il giorno stesso o comunque non oltre le 24 ore.
3. Il richiedente è tenuto a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Cassa per l'accertamento dell'infortunio occorso e delle relative cause; inoltre, su richiesta della Cassa, il richiedente ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Cassa.

Articolo 15 – Copertura LTC. Definizione

1. Lo stato di non autosufficienza è determinato dall'incapacità totale e permanente, sia fisica sia conseguente a malattia di Alzheimer o similari demenze invalidanti, di svolgere autonomamente, cioè senza la necessità di assistenza di un'altra persona, attività elementari della vita quotidiana, nei termini e condizioni di cui al Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 16 – Copertura LTC. Esclusioni

1. È escluso dalla garanzia lo stato di non autosufficienza derivante direttamente o indirettamente da:
- a) i seguenti eventi preesistenti: malattia, condizione patologica o infortunio (inteso come un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili), se non dichiarati prima dell'ingresso in copertura; qualora il Beneficiario fornisca anteriormente all'ingresso in copertura dichiarazioni in merito ai predetti eventi, è riservata la

facoltà di richiedere al Beneficiario ulteriori accertamenti sanitari per valutare l'eventuale inclusione in copertura;

- b) dolo;
- c) partecipazione attiva del Beneficiario a delitti dolosi;
- d) atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva del Beneficiario a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- e) contaminazioni chimiche o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- f) uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- g) malattie psichiatriche, così come definite nel DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), pubblicato dall'American Psychiatric Association, in vigore al verificarsi dello stato di non autosufficienza;
- h) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) od altra patologia ad essa collegata, nel caso in cui lo stato di non autosufficienza si manifesti nei primi sette anni successivi all'ingresso in assicurazione della posizione individuale;
- i) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- j) pratica di sport pericolosi (ad esempio paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere);
- k) incidente di volo, se il Beneficiario viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Articolo 17 – Copertura LTC. Denuncia e accertamento dello stato di non di autosufficienza

1. Qualora il Beneficiario manifesti uno stato di non autosufficienza, come definito dal presente Regolamento, deve esserne fatta denuncia alla Cassa entro i 90 giorni successivi, mediante raccomandata A.R., per chiedere l'erogazione della prestazione LTC, così come individuata dal Nomenclatore/Tariffario di riferimento. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Cassa della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta, come indicata nei successivi commi del presente articolo.
2. Il richiedente è tenuto a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Cassa per l'accertamento dello stato di non autosufficienza e delle relative cause; inoltre, su richiesta della Cassa, il richiedente ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Cassa.
3. La Cassa si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza entro 180 giorni dalla data della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici.

Articolo 18 – Copertura LTC. Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

1. Il Beneficiario riconosciuto non autosufficiente è obbligato a sottoporsi - su richiesta della Cassa e non più di una volta all'anno - alle visite e agli esami medici necessari

per accertare il permanere di tale stato. Il Beneficiario è inoltre tenuto a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Cassa per il suddetto accertamento.

2. Qualora non sussista più lo stato di non autosufficienza o, comunque, nel caso che il Beneficiario non adempia ai precedenti obblighi, la Cassa comunica al Beneficiario la sospensione della corresponsione della prestazione LTC, a decorrere dalla prima rata mensile successiva alla data della comunicazione stessa.

Articolo 19 – Copertura malattia. Prestazioni ed esclusioni

1. Le prestazioni erogate dalla Cassa, nello specifico dettagliate nel singolo Nomenclatore/Tariffario di riferimento, attengono alle seguenti aree:
 - interventi chirurgici;
 - diagnostica e visite specialistiche;
 - cure odontoiatriche;
 - lenti correttive della vista.
2. Le prestazioni garantite dalla Cassa e per le quali è richiesta la copertura devono derivare da malattia o infortunio.
3. Il Nomenclatore/Tariffario non può comprendere cure rese necessarie a seguito di incidenti traumatici se coperti da assicurazione per legge, per contratto di lavoro od a cura dell'azienda, oppure derivanti dal fatto di terzo responsabile, da partecipazioni a gare sportive o avvenimenti agonistici, interventi e cure aventi carattere estetico, fatti salvi quelli espressamente previsti, i ricostruttivi certificati da una struttura sanitaria pubblica ovvero i casi che il Consiglio di Amministrazione ritenga eccezionali, forme dichiaratamente TBC, assistite dall'INPS, forme morbose coperte da altra assicurazione obbligatoria per legge.
4. Cassa RBM Salute, salva espressa diversa indicazione contenuta nel singolo Nomenclatore/Tariffario, non procederà al rimborso delle spese sostenute per:
 - a. gli infortuni, le anomalie, i difetti fisici e le mutilazioni occorse ed esistenti prima dell'iscrizione alla Cassa e le loro conseguenze;
 - b. eventi precedenti alla data di iscrizione a Cassa RBM Salute;
 - c. le infermità mentali prive di obiettivabile causalità organica: sono compresi tuttavia il rimborso delle spese o l'indennizzo per ricoveri dovuti a nevrosi o disturbi psichici in genere, se curati in ospedali pubblici o convenzionati con le A.S.L. abilitati alla cura specifica delle malattie mentali ed il riconoscimento dell'indennizzo previsto per l'Invalidità Permanente da Malattia;
 - d. le malattie, gli infortuni e le loro conseguenze dovuti all'abuso di alcolici o narcotici o all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, anfetamine e simili; le conseguenze dovute a risse, duelli, delitti, aggressioni, atti violenti anche a movente politico (salvo partecipazione involontaria), eventi straordinari quali atti di guerra, operazioni militari, insurrezioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed altre calamità naturali, pandemie dichiarate dall'OMS;
 - e. le malattie o gli infortuni che siano conseguenza diretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - f. gli infortuni e le loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a competizioni in genere; sono tuttavia compresi quelli relativi a corse podistiche, tennis, tornei, trofei aziendali, gare automobilistiche di regolarità pura indette dall'ACI, pesca non subacquea, gare di bocce, tiro a volo;

- g. gli interventi chirurgici di carattere estetico, salvo quelli necessari per eliminare le conseguenze di un infortunio e di malattie oncologiche;
 - h. l'interruzione volontaria di gravidanza;
 - i. apparecchi protesici;
 - j. i ricoveri in case di soggiorno e convalescenza, sanatori, ospedali militari, ospizi per persone anziane, Day-Hospital, stabilimenti termali;
 - k. l'ortodonzia, i bytes;
 - l. gli onorari di medici non autorizzati ad esercitare la professione;
 - m. tutti i medicinali;
 - n. le acque minerali, i vini, i ricostituenti, i cosmetici ed i preparati vitaminici;
 - o. i ricoveri per le prestazioni odontoiatriche, le visite, le cure e protesi dentarie effettuate dal nucleo familiare;
 - p. la ricerca diagnostica preventiva (check-up);
 - q. i trattamenti estetici, le cure dimagranti e dietetiche;
 - r. ricoveri per gravidanza iniziata prima dell'iscrizione a Cassa RBM Salute;
 - s. la sterilità;
 - t. l'inseminazione, fecondazione artificiale e sterilizzazione;
 - u. terapie psicologiche, chiroterapiche, massoterapie, fisioterapie, cure termali, spese non appartenenti alla medicina convenzionalmente riconosciuta o tradizionale, agopuntura;
 - v. visite effettuate da specialisti in medicina dello sport, medicina legale, medicina del lavoro, visite per pazienti e simili, visite omeopatiche, ingressi in piscine, palestre, ecc.;
 - w. noleggio apparecchiature;
 - x. interventi per correzione miopia, astigmatismo ecc...
 - y. spese relative ad infortuni (senza ricovero) e conseguenti terapie.
5. Eventuali variazioni ed adattamenti potranno essere previsti nel Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Art. 20 – Copertura malattia. Erogazioni in forma diretta

1. Il Beneficiario potrà rivolgersi ad una delle strutture sanitarie facenti parte del network messo a disposizione da un provider scelto dalla Cassa ai sensi di quanto previsto dall'articolo 20 dello Statuto.
2. La Cassa pubblica sul proprio sito Internet o rende comunque note, secondo modalità stabilite di volta in volta dal Consiglio di Amministrazione, l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate ricomprese nel network di cui al comma precedente.
3. L'accesso alle strutture convenzionate è consentito ai Beneficiaria prescindere dalla loro dislocazione territoriale.
4. Per ricevere le prestazioni presso una delle strutture convenzionate in regime di assistenza diretta, gli assistiti dovranno contattare la Centrale Operativa almeno 48 ore lavorative prima della data di esecuzione della prestazione e ricevere l'autorizzazione da parte della medesima.
5. La Centrale Operativa, espletate le verifiche inerenti l'inclusione in copertura e la regolarità contributiva del richiedente, chiederà lettura della prescrizione medica e del quesito diagnostico in caso di prestazioni diverse dal ricovero e/o intervento; in quest'ultima ipotesi il Beneficiario dovrà trasmettere a mezzo fax la documentazione medica. Esperita una disamina tecnico-medica, la Centrale Operativa in caso di esito positivo della stessa autorizza la struttura convenzionata

- ad erogare la prestazione al Beneficiario in regime di assistenza diretta, fornendo evidenza di eventuali spese non previste dall'opzione sanitaria prescelta.
6. Dell'avvenuta autorizzazione alla prestazione viene fornita conferma al Beneficiario a mezzo telefono, fax, e-mail o sms secondo la preferenza espressa dal medesimo al momento della richiesta della prestazione.
 7. Nel caso invece in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa contatta il Beneficiario.
 8. L'autorizzazione deve essere rilasciata dalla Centrale Operativa preventivamente anche nei casi in cui si rendessero eventualmente necessarie in corso di cura prestazioni sanitarie aggiuntive ovvero qualora la prestazione erogarsi – in base a successiva valutazione medica in corso di erogazione – debba essere diversa da quella già autorizzata.
 9. Limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, il Beneficiario potrà richiedere l'autorizzazione anche senza rispettare il predetto preavviso di 48 ore lavorative e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente il Beneficiario dovrà provvedere ad inviare a mezzo fax alla Centrale Operativa apposito modulo contenente l'attestazione della struttura sanitaria dello stato di necessità ed urgenza. Nel caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, inoltre, il Beneficiario dovrà inviare il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento.
 10. Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa.
 11. La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali il Beneficiario sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.
 12. Tutte le autorizzazioni rilasciate dalla Centrale Operativa sono soggette ad un periodo di validità pari a 30 giorni, decorso il quale, l'autorizzazione cessa la propria efficacia.
 13. Ferma restando la necessità di acquisire l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, la Struttura Sanitaria potrà essere contattata:
 - dalla Centrale Operativa che fornisce al Beneficiario un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata;
 - direttamente dal Beneficiario
 14. Al momento dell'erogazione della prestazione il Beneficiario dovrà esibire un documento di identità in corso di validità.
 15. La Cassa ed i suoi incaricati possono procedere a visite di controllo.

Art. 21 – Copertura malattia. Erogazioni in forma indiretta

1. Il Beneficiario può chiedere alla Cassa il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute presso strutture da lui prescelte.
2. Il rimborso è ammesso solo per prestazioni specificamente individuate dal Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Art. 22 – Copertura malattia. Modalità di rimborso delle prestazioni erogate in forma diretta

1. La struttura convenzionata, eseguita la prestazione, emetterà fattura intestata al Beneficiario; provvederà a farla controfirmare da quest'ultimo e la invierà alla Cassa in originale, rilasciandone contestualmente copia al Beneficiario.

Art. 23 – Copertura malattia. Modalità di rimborso delle prestazioni erogate in forma indiretta

1. Nell'ipotesi in cui il Beneficiario ricorra all'erogazione in forma indiretta di cui all'articolo 21, l'interessato può presentare domanda di rimborso delle prestazioni ricevute nei termini e secondo le condizioni stabilite nell'atto di convenzione o nella richiesta di adesione in caso di aderente di cui all'art. 5, comma 1, lett. d) dello Statuto, con effettuazione dei rimborsi entro il termine indicato nello stesso atto di convenzione.
2. Nel caso in cui siano iscritti anche familiari, il titolare della copertura può inviare le richieste di rimborso per sé e per i familiari in un'unica soluzione, fatti salvi i termini e le modalità di cui all'atto di convenzione.
3. Cassa RBM Salute potrà prevedere il rimborso delle spese anche se effettuate fuori dal territorio nazionale; in tale ipotesi, le stesse verranno rimborsate al cambio medio della Borsa di Milano del giorno in cui sono state sostenute.
4. Alla richiesta di rimborso deve sempre essere allegata la seguente documentazione:
 - i documenti di spesa in fotocopia intestati al Beneficiario, con espressa indicazione di tipologia e numero delle prestazioni effettuate, della data di emissione e degli onorari corrisposti. Il documento di spesa deve essere firmato e quietanzato. Non sono rimborsabili le spese documentate con ricevute fiscali. Se la fattura non è stampata su carta intestata del medico/struttura, dovrà riportare il timbro del medico/struttura sanitaria. La data della fattura determina l'anno finanziario di imputazione;
 - in caso di ricovero, la copia della cartella clinica, timbrata dall'ospedale/istituto di cura/clinica;
 - per le cure dentarie: l'apposito modulo predisposto dalla Cassa compilato dal medico odontoiatra.

La predetta documentazione, salvo dove diversamente previsto, deve essere trasmessa in fotocopia.

Il Consiglio di Amministrazione della Cassa può disporre diverse modalità di trasmissione della richiesta di rimborso e della relativa documentazione giustificativa allegata.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana.

Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

5. La documentazione di cui al comma precedente deve essere trasmessa contestualmente alla richiesta di rimborso; le fatture inviate successivamente non sono ammesse al rimborso.
6. Il richiedente è tenuto a comunicare se il rimborso richiesto è relativo a spese correlate ad eventi causati da responsabilità di terzi o coperte - anche parzialmente - da un'assicurazione privata di rimborso delle spese mediche. Il Beneficiario è responsabile nei confronti della Cassa per i casi di indebito arricchimento.
7. La Cassa ed i suoi incaricati possono richiedere al Beneficiario ogni altra documentazione ritenuta necessaria, nonché procedere a visite di controllo nel caso

- di prestazioni erogate in forma diretta presso strutture convenzionate.
8. Alla chiusura della pratica di rimborso la Cassa si farà carico di fornire al Beneficiario attestazione comprovante la documentazione ricevuta e le spese effettivamente rimborsate al fine di consentire la detrazione in sede di dichiarazione dei redditi annuale delle eventuali quote di spesa rimaste a carico del Beneficiario.
 9. Qualora gli importi indicati in fattura non siano espressi in euro, il rimborso verrà effettuato tenendo conto del controvalore in euro alla data della fattura.
 10. La Cassa effettuerà i rimborsi a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato al Beneficiario, anche per le pratiche relative ai familiari eventualmente inseriti in copertura.

Art. 24 – Copertura malattia. Perdita del requisito di rimborso

1. Il Beneficiario perde il diritto al rimborso se trascorrono più di quattro mesi tra la data della documentazione di spesa e la data di trasmissione della stessa alla Cassa.
2. La richiesta di rimborso per retta giornaliera di degenza deve essere trasmessa entro tre mesi dalla data di dimissioni, pena la decadenza dal rimborso.
3. Il rimborso delle spese relative a prestazioni nella fase di pre-ricovero sarà soggetto al termine di cui ai punti precedenti, ferma restando la decorrenza dalla data di dimissioni dal ricovero.

Art. 25 – Copertura Assistenziale. Definizione

1. La Cassa rende disponibile ai propri associati i seguenti servizi:
 - Servizio di Assistenza Domiciliare
 - Servizio di Guardia Medica Permanente
 - Servizio di trasporto in autoambulanza, trasferimento in istituto di cura, rientro dall'istituto di cura e trasporto post ricovero(in Italia)
 - Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura.

Articolo 26 – Copertura Assistenziale. Servizio di Assistenza Domiciliare

1. La Cassa rende disponibile ai propri Beneficiari delle reti assistenziali per la gestione delle urgenze e per i casi di forzata immobilità. Le reti sono costituite da: medici specialistici, fisioterapisti, infermieri, operatori socio-assistenziali, medici agopuntori, omeopati, ottici.
2. L'attivazione del servizio deve avvenire attraverso il preventivo contatto con la Centrale Operativa che si occupa della gestione e dell'organizzazione di tutte le attività connesse con l'intervento richiesto. L'Assistenza Domiciliare può fornire svariate prestazioni a contenuto sanitario, quali prestazioni mediche da parte dei medici di medicina generale, prestazioni infermieristiche, compresi prelievi ematici da parte di personale qualificato, prestazioni di medicina specialistica da parte degli specialisti dell'Azienda Sanitaria Locale dipendenti o in convenzione, prestazioni riabilitative e di recupero psico-fisico, erogate da terapisti della riabilitazione o logopedisti, supporto di tipo psicologico, purché finalizzato al recupero socio-sanitario. Tali prestazioni sanitarie possono essere aggregate nei seguenti servizi:
 - Ospedalizzazione domiciliare post ricovero
 - Invio di un medico post ricovero
 - Invio di un infermiere post ricovero
 - Invio di un fisioterapista post ricovero
 - Esami al domicilio post ricovero
 - Esiti al domicilio post ricovero

- Farmaci urgenti al domicilio post ricovero
 - Spesa a domicilio / commissioni post ricovero
3. Termini, limiti e condizioni del servizio sono stabiliti nel Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 27 – Copertura Assistenziale. Servizio di guardia medica permanente

1. La Cassarende disponibile ai propri Beneficiari il servizio di Guardia Medica Permanente che consente, attraverso un presidio medico continuativo, di ricevere un riscontro costante nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria).
2. Termini, limiti e condizioni del servizio sono stabiliti nel Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 28 – Copertura Assistenziale. Servizio di trasporto in autoambulanza, trasferimento in istituto di cura, rientro dall'istituto di cura e trasporto post ricovero(in Italia)

1. Il servizio è erogato in favore del Beneficiario che, a seguito di infortunio o malattia, necessita di usufruire di trasporto "programmato" in autoambulanza presso l'Istituto di cura dall'istituto di cura dove intende ricoverarsi, il trasporto dall'Istituto di cura ad un diverso centro presso il quale deve svolgere ulteriori interventi o terapie e/o il rientro da tale Istituto alla propria residenza.
2. Termini, limiti e condizioni del servizio sono stabiliti nel Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 29 – Copertura Assistenziale. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura

1. La Cassa rende disponibile ai propri Beneficiari un servizio di informazione sanitaria in merito a strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni), farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero.
2. Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:
 - a) Informazione ed orientamento medico telefonico d'urgenza
La Centrale Operativa mette a disposizione dei Beneficiari un esperto per un consulto telefonico immediato in relazione a richieste di consigli medico-sanitari generici e/o informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora il Beneficiario, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova il Beneficiario.
 - b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione
Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, il Beneficiario necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la

Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione, tutti i giorni, 24 ore su 24, la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare al Beneficiario medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra il Beneficiario e il centro in questione ovviando ad 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 per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del Beneficiario.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando il Beneficiario necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente, a disposizione, tutti i giorni 24 ore su 24, per ricevere informazioni di prima necessità.

Art. 30 – Copertura Assistenziale. Modalità di erogazione delle prestazioni/servizi

1. Per ricevere le prestazioni/servizi di cui ai precedenti articoli da 29 a 33, il Beneficiario si rivolge alla Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, festivi inclusi.
2. Con riferimento alle prestazioni di cui agli articoli 29 e 30, il Beneficiario deve preventivamente richiedere alla Centrale Operativa l'assistenza necessaria, comunicando con precisione le seguenti informazioni:
 - cognome e nome della persona che deve ricevere l'assistenza;
 - numero iscrizione;
 - tipologia di assistenza richiesta;
 - indirizzo del luogo dove si trova e recapito telefonico identificato per tutta la durata dell'assistenza;
 - data della prestazione;
 - dichiarazione e/o attestazione di infortunio e/o malattia.
3. Il Beneficiario o deve:
 - collaborare per il più corretto svolgimento delle attività di assistenza;
 - fornire alla Centrale Operativa qualsiasi informazione riguardante le circostanze e le conseguenze dell'evento oltre alle informazioni complementari che la stessa dovesse richiedere;
 - presentare i documenti (certificati, fatture, ricevute fiscali, ecc...) che giustificano sia il verificarsi degli eventi previsti in copertura sia le spese indennizzabili ai sensi della stessa;
 - collaborare per facilitare le azioni che la Centrale Operativa intende intraprendere per limitare le conseguenze dell'evento.
4. La Centrale Operativa, verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:
 - l'anagrafica dell'interessato;
 - lo "status" del Beneficiario (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva del Beneficiario).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione medico assicurativa della richiesta avanzata.

5. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi medico-assicurativa, autorizza telefonicamente, a mezzo fax, sms o flusso web il Beneficiario. Nel caso invece in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa contatta il Beneficiario.
6. La Centrale Operativa effettua direttamente, per conto del Beneficiario, la prenotazione della prestazione richiesta, compatibilmente con la disponibilità della singola struttura. Una volta effettuata la prenotazione, sarà cura della Centrale Operativa comunicare al Beneficiario la data e l'orario indicati dalla struttura, mediante telefono, fax, posta elettronica e/o sms.
7. Tutte le autorizzazioni rilasciate dalla Centrale Operativa sono soggette ad un periodo di validità pari a 30 giorni, decorso il quale, l'autorizzazione cessa la propria efficacia.

Articolo 31 – Copertura TCM. Definizione

1. La presente copertura prevede l'erogazione, in favore degli aventi diritto designati, di una prestazione in forma capitale per il caso di morte del Beneficiario, quando l'evento si verifichi in costanza di iscrizione alla Cassa, secondo quanto dettagliato nel Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 32– Copertura TCM. Richiesta della prestazione

1. Ai fini dell'erogazione delle prestazioni di TCM, l'avente diritto designato fa denuncia di morte del Beneficiario, producendo il certificato di morte entro il termine di 30 giorni dall'avvenuto decesso.
2. E' sempre necessario produrre certificato di morte del Beneficiario e fotocopia del documento di identità e del codice fiscale del soggetto avente diritto.
3. L'avente diritto prescelto dal Beneficiario deve produrre la documentazione idonea a comprovare la propria designazione, ove la stessa non sia già in possesso della Cassa, unitamente ad una certificazione rilasciata dal Tribunale del luogo in cui si è aperta la successione (ovvero dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) comprovante l'inesistenza di alcun testamento nel registro generale dei testamenti.
4. In mancanza di un avente diritto designato dal Beneficiario, è necessario produrre:
 - per gli eredi testamentari, una copia autentica del testamento;
 - per gli eredi legittimi, il certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela con il Beneficiario deceduto, un atto notorio comprovante l'esistenza e le generalità degli eredi superstiti ed una certificazione rilasciata dal Tribunale del luogo in cui si è aperta la successione (ovvero dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà), comprovante l'inesistenza di alcun testamento nel registro generale dei testamenti.
5. In tutti i casi in cui l'avente diritto sia un minore, è necessario produrre copia del provvedimento giudiziale del giudice tutelare che autorizza il genitore/tutore a esercitare il riscatto della posizione individuale del Beneficiario deceduto a favore del minore; il presente modulo è in questo caso sottoscritto dal genitore/tutore.

Art. 33 – Accertamenti amministrativi e controlli sanitari

1. La Cassa può disporre accertamenti amministrativi e/o controlli sanitari riguardanti le richieste di autorizzazione/rimborso/indennizzo avanzate dal Beneficiario.
2. Qualora il Beneficiario non intenda sottoporsi ai predetti accertamenti e/o controlli ovvero non risulti veritiera la richiesta del Beneficiario, non si procederà

all'autorizzazione della prestazione e/o al rimborso/indennizzo richiesto ed il caso sarà esaminato per eventuali provvedimenti da parte del Consiglio di Amministrazione.

Art. 34 – Revisione della pratica di rimborso/indennizzo

1. Laddove non specificatamente disciplinato dal presente Regolamento, il Beneficiario può chiedere la revisione della pratica di rimborso/indennizzo entro 60 giorni dalla data della lettera di liquidazione, inviando apposita richiesta alla Cassa con raccomandata AR. E' facoltà del Beneficiario promuovere il ricorso ai Provvisori di cui all'articolo 21 dello Statuto entro i 30 giorni successivi alla decisione della Cassa.

TITOLO V - NORME FINALI

Art. 35 - Privacy e tutela dei dati personali e sensibili

1. Tutti i dati conferiti alla Cassa saranno trattati dagli Organi della stessa e dagli operatori, secondo le modalità ed entro i limiti previsti dal "Codice in materia di protezione dei dati personali" di cui al D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 36 –Contact Center e Centrale Operativa

1. La Cassa rende disponibile ai propri Associati e Beneficiari un servizio di ContactCenter deputato a fornire un supporto costante e qualificato.
2. E' altresì garantito il servizio di Centrale Operativa, con compiti di verifica dell'erogabilità della prestazione richiesta, individuazione delle strutture sanitarie/odontoiatriche convenzionate, conferimento dell'autorizzazione e prenotazione, ove previsto, della prestazione presso la struttura convenzionata individuata dai Beneficiari.