

**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, Enti e Collettività

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

Art. 8 – Prestazioni rimborsabili

Art. 9 – Copertura malattia. Prestazioni ed esclusioni

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

Art. 11 – Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Esclusioni

Art. 12 – Infortuni. Definizione

Art. 13 – Infortuni. Esclusioni

Art. 14 – Copertura LTC. Definizione

Art. 15 – Copertura LTC. Esclusioni

Art. 16 – Copertura Assistenziale. Definizione

Art. 17 – Copertura Assistenziale. Servizio di Assistenza Domiciliare

Art. 18 – Copertura Assistenziale. Servizio di guardia medica permanente

Art. 19 – Copertura Assistenziale. Servizio di trasporto in autoambulanza, trasferimento in istituto di cura, rientro dall'istituto di cura e trasporto post ricovero (in Italia)

Art. 20 – Copertura Assistenziale. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura

Art. 21 – Copertura TCM. Definizione

Art. 22 – Copertura TCM. Richiesta della prestazione

Art. 23 – Accertamenti amministrativi e controlli sanitari

TITOLO V - NORME FINALI

Art. 24 – Privacy e tutela dei dati personali e sensibili

Art. 25 – 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 Assicurazione Salute S.p.A. o con Compagnie dalla stessa partecipate o con Compagnie Partner, per i rami infortuni e malattia, e con Compagnie di assicurazione appositamente selezionate dal Consiglio di Amministrazione, per quanto attiene ai rami vita.
2. La Cassa si dota di apposito network sanitario e/o odontoiatrico e/o assistenziale anche mediante esternalizzazione (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, Enti e Collettività

1. Per associarsi alla Cassa, le Aziende, le Associazioni gli Enti e le Collettività - di cui all'art. 4, comma 1, lett. a), b), c) e d) dello Statuto che intendano beneficiare dei piani sanitari assicurati da RBM Assicurazione Salute S.p.A. o da altre Compagnie da essa partecipate o da Compagnie Partner, 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;
 - l'indicazione dell' associato e del personale beneficiario iscrivibili alla Cassa all'atto di adesione.In caso di aggiudicazione di gare pubbliche e/o private in favore della Cassa e/o da parte di RBM Assicurazione Salute S.p.A. o da altre Compagnie da essa partecipate o da Compagnie Partner nel caso in cui la Cassa venga individuata come contraente della copertura assicurativa avente ad oggetto prestazioni coerenti con il proprio scopo istituzionale, la stazione appaltante e/o il diverso soggetto giuridico beneficiario dell'aggiudicazione della commessa si intende associato senza necessità di produrre il modulo di cui al presente comma.
2. Gli Enti di cui all'art. 4, comma 1, lett. c) dello Statuto stipulano con la Cassa apposito Accordo Quadro. In tal caso la Cassa dovrà assumere il ruolo di contraente della polizza stipulata tra la Compagnia e l'Ente.
3. Per associarsi alla Cassa, gli aderenti su base individuale - di cui all'art. 4, comma 1, lett. e) ed f) dello Statuto - devono far pervenire alla Cassa stessa, specifica domanda, fermo restando, per coloro che aderiscano tramite una collettività di riferimento, le modalità di adesione di cui al comma 1 del presente articolo.

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. L'iscrizione decorre dalla data di inizio del piano sanitario indicato nel modulo di adesione alla Cassa e/o indicata nella Convenzione/Accordo Quadro/Contratto d'appalto.
6. Sono previste una quota di adesione *una tantum* ed una quota associativa annua, da determinarsi ai sensi dell'art. 6 comma 3 del presente Regolamento.
7. Tutti gli Associati su base collettiva comunicano alla Cassa, con le modalità che verranno concordate, 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.

Articolo 4 – Cessazione della qualifica di Associato

1. Le Aziende Convenzionate, le Associazioni Convenzionate, gli Enti Convenzionati, e le Collettività di cui ai commi 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/Accordo Quadro/Contratto d'appalto.
2. Gli aderenti a titolo individuale, di cui al comma 3 del precedente art. 3, possono 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.
6. Il Socio receduto potrà rientrare a far parte della Società, per non più di due volte e, in ogni caso, soltanto come nuovo socio, osservando tutte le disposizioni del Piano Sanitario di riferimento riguardanti le nuove ammissioni. La sua anzianità verrà in tal caso computata dal giorno della sua riammissione.

Articolo 5 – Cessazione della qualifica di Beneficiario

1. La partecipazione alla Cassa dei Beneficiari di cui all'art. 5 dello Statuto cessa nelle ipotesi previste dall'art. 6 dello Statuto.
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. e) ed f) – anche, rispettivamente, alle Aziende, alle Associazioni, agli Enti ed alle Collettività Convenzionate di appartenenza.
3. L'uscita dalla Cassa del Beneficiario capo-nucleo comporta l'uscita automatica dei

familiari eventualmente inclusi in copertura, salva l'ipotesi, qualora prevista dal piano sanitario, di assunzione della qualifica di superstite a seguito di decesso del beneficiario capo-nucleo, di cui all'art. 5, comma 1 dello Statuto.

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 – CONTRIBUTIONI

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/Accordo quadro/Contratto di appalto, nella misura prevista dal Piano Sanitario 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. e) ed f) dello Statuto provvedono al pagamento dei contributi secondo le modalità stabilite in sede di adesione alla Cassa, nella misura prevista dal Piano Sanitario di riferimento.
3. Per la copertura delle spese di funzionamento della Cassa, è previsto il versamento di una quota d'iscrizione e di una quota associativa annua, il cui ammontare è stabilito come segue, salvo diverse intese tra le parti:
 - € 15,00, come quota d'iscrizione una tantum per ogni testa assicurata;
 - € 10,00, come quota associativa annuale per ogni testa assicurata;
 - € 250,00, come quota associativa annuale per azienda/associazione/ente/collettività convenzionata.Il Consiglio di Amministrazione potrà disporre che tali oneri siano anticipati dalla Compagnia risk carrier.
4. Per l'iscrizione alla Cassa dei familiari dei Beneficiari indicati nell'articolo 5, comma 3, dello Statuto, può essere previsto il pagamento di una quota aggiuntiva con le modalità previste nell'atto di convenzione/accordo quadro/contratto di appalto o di adesione per gli iscritti di cui al precedente comma 2.
5. La Cassa, fatti salvi eventuali diversi accordi con la Compagnia, provvederà al versamento dei premi in favore di quest'ultima con frequenza:
 - semestrale posticipata, in relazione ai piani sanitari ad adesione collettiva;
 - trimestrale posticipata, in relazione ai piani sanitari ad adesione individuale.

Articolo 7 – Omissioni contributive e ritardati versamenti

1. Nel caso in cui il versamento effettuato risulti inesatto o incompleto, la Cassa informerà gli Associati 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 soggetto inadempiente.

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'Associato, 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'Associato dell'avvenuta esclusione.
4. Il Consiglio di Amministrazione valuterà i termini e le modalità dell'eventuale rientro dell'Associato che ne avesse fatto espressa richiesta.

TITOLO IV – PRESTAZIONI

Articolo 8 – Prestazioni rimborsabili

1. La Cassa progetta, sviluppa e gestisce piani assistenziali al fine di garantire ai propri Associati forme integrative di assistenza per i casi di malattia e/o invalidità e/o infortunio e/o non autosufficienza (LTC) e/o assistenza e/o morte (TCM) in favore degli Associati e dei Beneficiari di cui rispettivamente agli articoli 4 e 5 dello Statuto.
2. Con riferimento alle coperture di cui al comma 1 del presente articolo, l'elenco delle coperture garantite, le decorrenze, i termini e le modalità di liquidazione/rimborso/indennizzo, sono dettagliati in appositi Nomenclatori/Tariffari.

Articolo 9 – Copertura malattia. Prestazioni ed esclusioni

1. Le prestazioni erogate dalla Cassa, nello specifico dettagliate nel singolo Nomenclatore/Tariffario di riferimento, attengono alle seguenti aree:
 - Ricoveri con o senza intervento chirurgico;
 - diagnostica e visite specialistiche;
 - cure odontoiatriche;
 - lenti correttive della vista.
1. Le prestazioni garantite dalla Cassa e per le quali è richiesta la copertura devono derivare da malattia o infortunio.
2. 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 obiettivamente 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;

- e. 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;
 - f. 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;
 - g. gli infortuni e le loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a competizioni in genere;
 - h. gli interventi chirurgici di carattere estetico, salvo quelli necessari per eliminare le conseguenze di un infortunio e di malattie oncologiche;
 - i. l'interruzione volontaria di gravidanza;
 - j. i ricoveri in case di soggiorno e convalescenza, sanatori, ospedali militari, ospizi per persone anziane, Day-Hospital, stabilimenti termali;
 - k. gli onorari di medici non autorizzati ad esercitare la professione;
 - l. le acque minerali, i vini, i ricostituenti, i cosmetici ed i preparati vitaminici;
 - m. i trattamenti estetici, le cure dimagranti e dietetiche;
 - n. ricoveri per gravidanza iniziata prima dell'iscrizione a Cassa RBM Salute;
 - o. la sterilità;
 - p. l'inseminazione, fecondazione artificiale e sterilizzazione;
 - q. cure termali, spese non appartenenti alla medicina convenzionalmente riconosciuta o tradizionale;
 - r. visite effettuate da specialisti in medicina dello sport, medicina legale, medicina del lavoro, visite per patenti e simili, visite omeopatiche, ingressi in piscine, palestre, ecc.;
 - s. noleggio apparecchiature.
3. Eventuali variazioni ed adattamenti potranno essere previsti nel Nomenclatore/Tariffario di riferimento.
4. Il Beneficiario che abbia diritto alla prestazione dovrà farne richiesta a Cassa RBM Salute, nei termini e con le modalità stabilite dal Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 10 – 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.

5. Il Beneficiario che abbia diritto alla prestazione per Invalidità Permanente da Malattia dovrà farne richiesta a Cassa RBM Salute, nei termini e con le modalità stabilite dal Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 11 – 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 confluato 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 concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

3. 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 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.
2. Il Beneficiario che abbia diritto alla prestazione dovrà farne richiesta a Cassa RBM Salute, nei termini e con le modalità stabilite dal 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 – 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.
2. Il Beneficiario che abbia diritto alla prestazione dovrà farne richiesta a Cassa RBM Salute, nei termini e con le modalità stabilite dal Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 15 – Copertura LTC. Esclusioni

5. 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.
6. 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.

Art. 16 – 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 17 – 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 18– Copertura Assistenziale. Servizio di guardia medica permanente

1. La Cassa rende 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 19 – 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 20 – 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. Termini, limiti e condizioni del servizio sono stabiliti nel Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 21 – 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 22– 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.

Art. 23 – 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.

TITOLO V - NORME FINALI

Art. 24 - 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 ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 25 - Contact Center e Centrale Operativa

1. La Cassa rende disponibile ai propri Associati e Beneficiari un servizio di Contact Center 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.