

Per rendere più chiare le **Condizioni di assicurazione** sono stati utilizzati questi strumenti:

**Grassetto:** parole e concetti di particolare rilievo

Fondo grigio: esclusioni, limitazioni, franchigie/scoperti

**Box blu:** esempi

## Sezione I

### GLOSSARIO

Il **Glossario** è parte integrante delle **Condizioni di assicurazione**. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

**Assicurato:** chi è protetto dall'assicurazione.

**Assicurazione:** contratto con il quale RBM copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nelle CDA.

**Cartella clinica:** insieme dei documenti ufficiali avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

**Cassa/Fondo:** Fondo mètaSalute, viale dell'Industria, 92 – Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584; ha finalità assistenziale ed è abilitata<sup>1</sup> a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

**CDA:** Condizioni di assicurazione.

**Certificato di assicurazione:** documento che contiene gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, premio, dati del Contraente, soggetti assicurati, ecc).

**Contraente:** Fondo mètaSalute, che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o altrui e che è responsabile del versamento del premio.

**Evento e Data Evento:**

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo ricovero  
Data evento: data del ricovero

**Indennità:** una somma forfettaria giornaliera.

**Indennizzo:** la somma che RBM Salute deve in caso di sinistro.

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate.

**Intervento chirurgico:** atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

<sup>1</sup> Art 51 del D.P.R. n. 917/1986.

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1 gennaio 2013.

**Lungodegenza:** ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

**Malattia:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**Massimale:** importo massimo riconosciuto per singola garanzia.

**Polizza:** contratto di assicurazione.

**Premio:** la somma che il Contraente deve a RBM Salute.

**Questionario sanitario:** documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la responsabilità genitoriale o la tutela

**RBM Salute:** RBM Assicurazione Salute S.p.A.

**Reclamo:** una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di RBM Salute o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

**Ricovero:** degenza in

- struttura ospedaliera del S.S.N. (Servizio Sanitario Nazionale)
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

**Ricovero improprio:** la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

**Sindrome influenzale di natura pandemica:** sindrome influenzale, causata da patogeno nuovo verso il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e interessa intere collettività in molte aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata e che riguarda un patogeno infettivo che causa malattie respiratorie di gravità variabile.

Si riportano degli esempi: SARS-Cov, Sars-Cov2, Mers-Cov, CoViD-19.

**Sinistro:** evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

**S.S.N. (Servizio Sanitario Nazionale):** servizio sanitario erogato dallo Stato Italiano.

## CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

### Art. 1. Informazioni su RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007<sup>2</sup>.

Sito: [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it)

Mail: [info@rbmsalute.it](mailto:info@rbmsalute.it)

PEC: [rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it](mailto:rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it)

### Sede legale e direzione generale

via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde - Preganziol (TV)  
tel. 0422 062700

### Sede secondaria

via Victor Hugo 4, 20123 Milano  
tel. 02 91431789

### Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2018<sup>3</sup>

Patrimonio netto:	€ 230.873.414,00
di cui	
- capitale sociale:	€ 120.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 73.765.532,00

Indice di solvibilità<sup>4</sup>: 175% (189% al netto dell'add on di capitale)

### Art. 3. Carenza contrattuale

Non prevista.

### Art. 4. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

### Art. 5. Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dal contratto.

### Art. 6. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze<sup>5</sup>.

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2020, RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2021.

Gli altri diritti che derivano dal contratto si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

<sup>2</sup> G.U. 255 del 2 novembre 2007.

<sup>3</sup> I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) (sezione Informazioni Societarie).

<sup>4</sup> L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.

<sup>5</sup> Art. 2952 del Codice civile.

## **Art. 7. Reclami**

### **7.1 Come fare reclamo**

I reclami sul contratto o su un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati a RBM Salute a scelta:

- compilando il modulo on line ([www.rbmsalute.it/reclami](http://www.rbmsalute.it/reclami)),
- per posta ordinaria o raccomandata: RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde
- per fax: 0422/062909
- per mail: [reclami@rbmsalute.it](mailto:reclami@rbmsalute.it).

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

**Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.**

### **Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità**

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi, se esistono.

### **Liti transfrontaliere**

Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su [www.ec.europa.eu/fin-net](http://www.ec.europa.eu/fin-net)) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

### **7.2 Risposte al reclamo**

RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.

Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma  
fax: 06.42133206  
pec: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)  
informazioni su [www.ivass.it](http://www.ivass.it)
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria<sup>6</sup> per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

---

<sup>6</sup> D. Lgs. 28/2010.

## CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

### Art. 8. Cosa si assicura

In caso di Sindromi influenzali di natura pandemica mentre l'Assicurazione è operativa, RBM Salute eroga le seguenti indennità:

- da ricovero
- post ricovero in terapia intensiva

Somme erogabili, limiti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie, differenziate per opzione.

### Art. 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione<sup>7</sup>.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre a RBM Salute di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati, elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

L'Assicurato deve comunicare a RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

### Art. 10. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare a RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, RBM non è tenuta a pagare l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri<sup>8</sup>. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, RBM Salute rinuncia ad avvalersi del diritto di regresso previsto dalla normativa di riferimento<sup>9</sup>.

### Art. 11. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

#### 11.1 Decorrenza

L'assicurazione dura 6 mesi, con scadenza alle ore 24:00 del 31/07/2020, con effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01/02/2020, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

#### 11.2. Premio

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è indivisibile; il frazionamento del premio è mensile.

È versato dal Contraente a RBM Salute con bonifico bancario, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.

Le successive scadenze devono comunque essere rispettate<sup>10</sup>.

Scaduti i termini, con raccomandata RBM Salute può risolvere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.

<sup>7</sup> Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

<sup>8</sup> Art. 1910 del Codice civile.

<sup>9</sup> Art. 1910 del Codice civile.

<sup>10</sup> Art. 1901 del Codice civile.

### 11.3 Anagrafica

Le anagrafiche devono pervenire a RBM Salute tramite tracciato informatico concordato.

Anagrafica **provvisoria**: alla sottoscrizione della polizza.

Anagrafica **definitiva**: entro la fine del mese di decorrenza.

## Art. 12. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

### 12.1 Nuove iscrizioni al Fondo mètaSalute

La copertura per il dipendente iscritto al Fondo mètaSalute decorre:

- **se la data di inizio copertura è comunicata dal Fondo ad RMB Salute entro 30 gg dalla data richiesta**: dal giorno indicato di inizio copertura
- **se la data di inizio copertura è comunicata dal Fondo ad RMB Salute dopo i 30 giorni**: dalle 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

A prescindere dal momento di inclusione in copertura, il premio è dovuto sempre al 100%.

### 12.2 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla scadenza della polizza.

### 12.3 Regolazione premio

Oltre a quanto previsto all'art. 11.3 "Anagrafica":

- **entro 30 giorni dalla** ricezione dell'anagrafica definitiva, si procede alla regolazione contabile del premio dovuto alla data di decorrenza
- **entro 15 giorni** prima della scadenza delle singole quietanze delle rate di premio, si consegna la regolazione contabile del premio a seguito delle inclusioni e dei passaggi del periodo di copertura trascorso.

Il premio relativo alla regolazione deve essere versato entro 30 giorni dal ricevimento del documento.

Se aumentano gli assicurati, il Contraente deve pagare la rata di rinnovo aumentata in base allo stato del rischio comunicato.

### 12.4 Categorie assicurate

L'assicurazione è prestata a favore dei seguenti dipendenti iscritti al Fondo mètaSalute, residenti in Italia o transfrontalieri residenti all'estero ma domiciliati presso l'azienda con sede in Italia e non rientranti tra le persone non assicurabili di cui al successivo art. 25:

- i dipendenti delle aziende che applicano il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti
- i dipendenti delle aziende che applicano il CCNL del settore orafo, argentiero e della gioielleria
- i lavoratori a cui si applicano contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle stesse organizzazioni sindacali stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti previo accordo, per ciascun settore, tra le citate OOSS dei lavoratori e le rispettive organizzazioni imprenditoriali;
- i dipendenti delle parti stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti anche se distaccati in base alla legge n. 300 del 1970;
- dipendenti delle imprese che già dispongono di forme di sanità integrativa sulla base di specifici accordi.

La copertura opera anche nel caso in cui l'Assicurato si trovi, per qualsiasi ragione, all'estero. In tale ipotesi, le condizioni di indennizzo operano quando l'Assicurato venga ricoverato in struttura del servizio sanitario pubblico locale ove presente.



Devono aderire tutti gli appartenenti alla stessa categoria di lavoratori.

### **Art. 13. Estensione Territoriale**

L'assicurazione vale in tutto mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

### **Art. 14. Forma delle comunicazioni**

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

### **Art. 15. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente**

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) Condizioni di Assicurazione
- b) Informativa Privacy (allegato 1)

### **Art. 16. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie**

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario
  - modifiche statutarie sul cambio di denominazione sociale o sul trasferimento di sede sociale
  - trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso
- entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, RBM Salute consegna al Contraente un'informativa di dettaglio.

**Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.**

### **Art. 17. Assicurazione per conto altrui**

Questa assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato<sup>11</sup>.

### **Art. 18. Regime fiscale**

Tassa sui premi: 2,50%

Tassa sugli indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato da RBM Salute.

### **Art. 19. Foro Competente**

Per le controversie

- tra RBM Salute e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria di Roma (RM)
- tra RBM Salute e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi, se previsti.

### **Art. 20. Controversie: mediazione**

Per controversie connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente<sup>12</sup>.

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria (→ Art. 19 "Foro competente").

### **Art. 21. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge**

<sup>11</sup> Art. 1891 del Codice civile.

<sup>12</sup> D.lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni.

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.  
Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

## Sezione II

### CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

#### Art. 22. Descrizione delle prestazioni Assicurate

In caso di Sindromi influenzali di natura pandemica mentre l'Assicurazione è operativa, RBM Salute eroga le seguenti indennità:

- da ricovero
- post ricovero in terapia intensiva

Somme erogabili, limiti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie, differenziate per opzione.

#### 1. Indennità in caso di ricovero per accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

In caso di ricovero dell'Assicurato, con o senza intervento chirurgico, presso

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

per l'accertamento o la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, RBM Salute liquida un'indennità *una tantum* (una volta sola) di 30 euro per ciascun giorno di ricovero fino a massimo 30 giorni (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità non è riconosciuta per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura ospedaliera del S.S.N..

Esempio:

Ricovero in struttura ospedaliera del S.S.N. per 10 giorni

Indennizzo € 270,00

#### 2. Indennità post ricovero in terapia intensiva per la cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

In caso di ricovero in terapia intensiva dell'Assicurato presso

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

per la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, RBM Salute liquida un'indennità *una tantum* di 1.000,00 euro (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).



Se il ricovero nelle predette strutture è avvenuto in un reparto di terapia sub intensiva o reparto assimilabile attrezzato con letti medicali ventilati e caschi respiratori, l'indennità è ridotta a 500,00 euro una tantum (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

In caso di morte dell'Assicurato avvenuta durante il ricovero in reparto di terapia intensiva o sub intensiva e prima delle dimissioni, RBM Salute eroga agli eredi un importo complessivo di 1.000,00 euro a titolo di contributo per le spese funerarie; l'indennità non è richiedibile per la garanzia "Indennità in caso di ricovero per accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica".

## CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

### Art. 23. Patologie pregresse

Non sono esclusi dalla copertura i sinistri indennizzabili dalla polizza nel caso di Assicurati che avessero malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici antecedenti alla decorrenza dell'assicurazione.

### Art. 24. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
- 2) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- 3) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 4) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di malattie non indennizzabili ai sensi di polizza o relative a persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV.
- 5) ricoveri in lungodegenza
- 6) ricoveri impropri
- 7) cure non previste dai protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità

### Art. 25. Persone non assicurabili

- lavoratori che prestano la propria attività come volontari della Protezione civile.

## CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

### Art. 26. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

#### 26.1 Oneri

#### Denuncia

L'Assicurato deve denunciare il sinistro a RBM Salute non appena può.

Se non lo fa, può perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo<sup>13</sup>.

Se nella denuncia mancano elementi essenziali, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

#### RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- garanzia non prevista

<sup>13</sup> Art. 1915 del Codice civile.

- mancanza completa di documentazione
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di indennità da parte dell'Assicurato

**RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di indennità se** la documentazione giustificativa è incompleta.

Se l'Assicurato non integra la domanda di indennità entro 60 giorni dalla richiesta di RBM Salute, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

#### **Data del Sinistro**

- Prestazioni ospedaliere: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio

#### **Lingua della documentazione**

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

#### **Visite di medici incaricati da RBM Salute**

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da RBM Salute e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi.

#### **Decesso dell'Assicurato**

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono subito avvisare RBM Salute
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere l'indennizzo della sola indennità dovuta a titolo di contributo per le spese funerarie post ricovero in terapia intensiva o sub intensiva dell'Assicurato, non avendo diritto a richiedere altre prestazioni oggetto della presente polizza; l'indennità non è richiedibile né per la garanzia "Indennità in caso di ricovero per accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica".

In questo caso, è necessario presentare, oltre alla **copia della cartella clinica completa**, altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
  - estremi del testamento
  - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
  - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
  - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
  - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
  - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede

- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

### **Imposte e oneri amministrativi**

Sono carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

## **26.2 Procedura di accesso alle prestazioni**

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea, b) on line**. In entrambi i casi, la documentazione deve essere intestata all'Assicurato e l'indennizzo è fatto a suo favore.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

RBM Salute si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di indennizzo completa della documentazione giustificativa medica necessaria.

### **a) Richiesta di indennizzo cartacea**

Per ottenere l'indennizzo, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato deve compilare il **Modulo di richiesta di indennizzo** (<http://www.fondometasalute.it/site/documenti-moduli/moduli>) e allegare in fotocopia:

- 1. copia della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.);** nel caso in cui la S.D.O. non contenga le informazioni necessarie alla corretta istruttoria del sinistro, RBM Salute richiede all'Assicurato di trasmettere **copia della cartella clinica completa**.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

**RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.**  
**Ufficio Liquidazioni**  
**(riferimento: Fondo Sanitario mètaSalute)**  
**via Enrico Forlanini 24**  
**31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde**

### **b) Richiesta di indennizzo on line**

In alternativa alla procedura di indennizzo cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica:

- dalla propria area riservata (accessibile dal sito [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it))
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che RBM Salute considera equivalente all'originale. RBM Salute si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può presentare domanda di indennizzo cartacea.

## Sezione III

### 1) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

È a disposizione il servizio "Segui la tua pratica", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l'invio di SMS**.

L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di indennizzo.

Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di indennizzo
- b) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di indennizzo
- c) eventuale rifiuto della domanda di indennizzo.

### 2) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

#### **Sul sito internet**

**Area riservata – CDA. Visualizzare le CDA** (Area riservata – Condizioni di assicurazione, presente nella sezione "Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi" inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri).

**Web (<http://www.fondometasalute.it>)**

**Area riservata – Sinistri.** Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Inviare le richieste di indennizzo ("Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi")
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche.

#### **App mobile mètasalute**

Con l'app mobile, è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti da contattare
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata, alla quale quindi occorre prima iscriversi.

**RBM Assicurazione Salute S.p.A.**  
**Il legale rappresentante**

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli<sup>14</sup>:

Art. 11 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

Art. 12 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

Art. 14 - Forma delle comunicazioni

Art. 19 - Foro competente

Art. 25 - Persone non assicurabili

Art. 26 - Oneri in caso di Sinistro e procedura di accesso alle prestazioni

<sup>14</sup> Art. 1341 del Codice civile.