

Copertura Sanitaria per Cassa Mutua Toscana BCC

Contratto di Assicurazione per stati di non autosufficienza

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la
Nota Informativa**

Edizione 01/01/2018

RBM Assicurazione Salute S.p.A. - Socio Unico

SOMMARIO

Nota Informativa:

- Glossario

Condizione di Assicurazione comprensive di:

- Condizioni di Polizza

- Condizioni Generali

- Allegati:

1) Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac simile)

2) Informativa relativa alle Aree WEB riservate

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute del presente contratto, sono riportate in carattere "sottolineato".

CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente



NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. (di seguito per brevità anche RBM Salute S.p.A.) ha sede legale e direzione generale in Italia, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso, sede secondaria via Victor Hugo, 4, 20123 Milano recapito telefonico 02-91431789 ed è Impresa 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 (G.U. 2/11/2007 n. 255).

Recapito telefonico: 0422 062700, sito internet: www.rbmsalute.it, indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2016

Patrimonio netto:	€ 83.622.481,00
di cui - capitale sociale:	€ 60.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 8.231.497,00
Indice di solvibilità ^[1] :	187%

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha una durata di 3 anni a partire dalle ore 00.00 del giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio (vedi art. 4 delle Condizioni di Polizza).

Ad ogni scadenza annuale l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per un periodo di 1 anno e così successivamente di anno in anno sino alla scadenza triennale del presente contratto.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra parte a mezzo raccomandata almeno 60 giorni prima dell'01/01/2021 (vedi art. 4 delle Condizioni di Polizza).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede la "Long Term Care (LTC) - Perdita di autosufficienza" che opera in caso d'infortunio o malattia per il quale derivi all'Assistito la perdita di autosufficienza al compimento delle attività primarie in modo tendenzialmente permanente.

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Assistito nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di valutazione funzionale riportato in polizza.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (vedi art. 5 delle Condizioni di Polizza).

Avvertenza: la copertura include tutti i sinistri che verranno valutati in stato di LTC permanente dalle ore 00.00 dell'01/01/2018 fino alla scadenza contrattuale (vedi "Premessa" delle Condizioni di Polizza ed art. 2 delle Condizioni di Polizza). Inoltre prevede esclusioni (vedi art. 15 delle Condizioni Generali).

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo a risarcimento nel caso in cui l'Assistito si trovi nelle condizioni indicate dello stato di non autosufficienza (vedi art. 8 delle Condizioni di Polizza).

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo a risarcimento nel caso in cui l'Assistito si trovi nelle condizioni indicate dello stato di non autosufficienza (vedi art. 8 delle Condizioni di Polizza). Ad esempio, corrisponde a € 18.000,00 al raggiungimento di un punteggio pari a 40 punti. Relativamente al verificarsi dello stato di non autosufficienza parziale al raggiungimento di un punteggio pari a 35 la copertura prevede la corresponsione di un risarcimento forfettario "una tantum" pari a € 5.000,00 fino alla scadenza della polizza.

¹ I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato

^[1] L'indice di solvibilità rappresenta rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

4. Periodi di carenza contrattuali

La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva, differenziati per tipologia di evento).

5. Dichiarazioni dell'Assistito in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - Nullità

Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assistito e/o della Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'Assistito deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

7. Premi

Il premio dovrà essere versato dalla Contraente all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società, tramite bonifico bancario.

Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile dovrà essere corrisposto alla Società secondo il frazionamento concordato con il Contraente e riportato sul certificato di polizza.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: la facoltà di recesso da parte del contraente è preclusa

Il contratto prevede il tacito rinnovo, salvo eventuale richiesta di disdetta, pertanto, qualora non disdetta 60 giorni prima dell'01/01 della scadenza naturale del contratto triennale, la copertura si intende rinnovata per un periodo di 1 anno (art. 4 delle Condizioni di Polizza).

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto (art. 2952 del codice civile)

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

12. Regime fiscale

Il premio sono sottoposti a tassa del 2,50%.

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assistito.

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente da parte della Società dà diritto all'Assistito a richiedere il risarcimento del danno in via posticipata con cadenza quadrimestrale e rimborso delle eventuali spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (vedi art. 7 e seguenti delle Condizioni di Polizza).

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente da parte della Società dà anche diritto all'Assistito di richiedere l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza, avvalendosi quindi di strutture e/o personale sanitario convenzionato con il TPA (vedi art. 7 e seguenti delle Condizioni di Polizza).

Si rinvia al sito www.rbmsalute.it per l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente



15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. – Servizio Clienti– Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) – loc. Borgo Verde, oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it utilizzando il fac-simile disponibile sul sito www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami.

RBM Salute provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.

Qualora l'esponente non fosse soddisfatto della risposta ricevuta, o non ricevesse risposta entro i 45 giorni dalla presentazione del reclamo, prima di interessare l'Autorità giudiziaria potrà:

- rivolgersi all'IVASS, utilizzando il fac-simile di lettera disponibile sul sito dell'Autorità di Vigilanza, al seguente link:
http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf
- avvalersi della procedura di mediazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi ad un Organismo di Mediazione – a sua libera scelta - accreditato presso il Ministero della Giustizia;
- avvalersi degli altri sistemi alternativi vigenti per la risoluzione delle controversie.

Resta salva, in ogni, caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

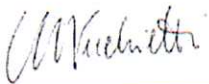
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

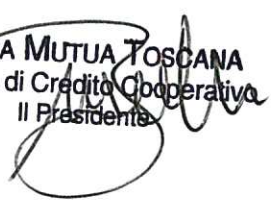
16. Arbitrato

AVVERTENZA: per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti possono adire l'Autorità Giudiziaria competente, previo esperimento del tentativo di mediazione richiesto come condizione di procedibilità ai sensi di legge, in quanto non è prevista alcuna forma di arbitrato. Per i dettagli si rinvia all'articolo "Controversie" della Condizioni di Assicurazione.

RBM Assicurazione Salute S.p.A è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa".



Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa



CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente

GLOSSARIO

Assistito: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero l'Assicurato cioè ciascuna persona fisica iscritta nei registri anagrafici della Contraente sulla base di quanto previsto dallo Statuto e/o dal regolamento.

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Broker: Willis Italia S.p.a.

Cartella Clinica: documento ufficiale 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, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri;

Certificato di esistenza in vita: certificato emesso dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza attestante l'esistenza in vita dell'Assistito

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente, i soggetti assicurati, ecc).

Contraente: Il soggetto che stipula la polizza: Cassa Mutua Toscana BCC

Convalescenza: periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Familiari: Coniuge, convivente more uxorio o la persona unita civilmente ai sensi della L 20 maggio 2016 n. 76 ss.mm. Inoltre, i figli, a carico e non, risultanti dallo stato di famiglia ovvero ivi non rientranti per motivi di studio od a causa di procedimenti di separazione o di divorzio. Tutti così come sopra definiti, iscritti nei registri anagrafici della Contraente sulla base di quanto previsto dal Regolamento di Cassa Mutua Toscana.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Importo mensile: somma di danaro garantita mensilmente dalla Società in caso di riconoscimento di stato di non autosufficienza, ed a copertura dei costi sostenuti dall'Assistito per personale dedicato

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento Chirurgico concomitante: qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assistito siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

LTC - Long Term Care: Stato di non autosufficienza "consolidato/permanente"

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

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

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie.

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi ed una mortalità elevata. I soggetti abilitati a determinare l'esistenza di una pandemia in atto sono l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Ministero della Salute.

Polizza: i documenti che descrivono e provano l'assicurazione.

CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente



Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni miste: prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network Previmedical, ma da professionisti non convenzionati.

Presidio (o ausilio) medico ortopedico: è uno strumento o manufatto che sostiene, vicaria, aumenta o migliora una funzione deficitaria o compromessa di parti anatomiche (ad esempio plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle ecc.)

Protesi acustica (apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio i presidi medico ortopedici, ovvero: plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle).

Questionario anamnestico: il documento che descrive la storia clinica e lo stato di salute dell'Assistito, sulla base delle risposte dallo stesso fornite, debitamente sottoscritto dall'Assistito o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della Polizza.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Ricovero di lunga degenza

La degenza in Istituto di cura specializzata in caso di ricovero di lungo periodo

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

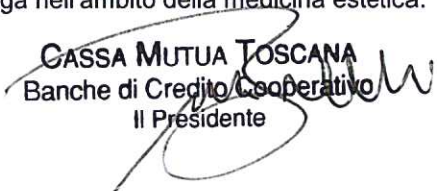
Società: RBM Salute S.p.A.

Stato di non autosufficienza "consolidato/permanente" situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assistito, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

TPA: Previmedical S.p.A., società specializzata alla quale è assegnata da RBM Salute la gestione dell'assistenza diretta e del network di convenzioni.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia (o massofisioterapista diplomato anteriormente all'istituzione dei corsi di laurea in fisioterapia e cioè entro il 17 marzo 1999), e/o effettuate presso Centri Medici, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente



Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici di Medicina Generale



CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperative
Il Presidente

COPERTURA COLLETTIVA PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA

Condizioni di Assicurazione

DEFINIZIONI

Assistito: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero l'Assicurato cioè ciascuna persona fisica iscritta nei registri anagrafici della Contraente sulla base di quanto previsto dallo Statuto e/o dal regolamento.

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Broker: Willis Italia S.p.a.

Cartella Clinica: documento ufficiale 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, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri;

Certificato di esistenza in vita: certificato emesso dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza attestante l'esistenza in vita dell'Assistito

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente, i soggetti assicurati, ecc).

Contraente: Il soggetto che stipula la polizza: Cassa Mutua Toscana BCC

Convalescenza: periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Familiari: Coniuge, convivente more uxorio o la persona unita civilmente ai sensi della L 20 maggio 2016 n. 76 ss.mm. Inoltre, i figli, a carico e non, risultanti dallo stato di famiglia ovvero ivi non rientranti per motivi di studio od a causa di procedimenti di separazione o di divorzio. Tutti così come sopra definiti, iscritti nei registri anagrafici della Contraente sulla base di quanto previsto dal Regolamento di Cassa Mutua Toscana.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Importo mensile: somma di danaro garantita mensilmente dalla Società in caso di riconoscimento di stato di non autosufficienza, ed a copertura dei costi sostenuti dall'Assistito per personale dedicato

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso la cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento Chirurgico concomitante: qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assistito siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

LTC - Long Term Care: Stato di non autosufficienza "consolidato/permanente"

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

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

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9ª revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie.

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi ed una mortalità elevata. I soggetti abilitati a determinare l'esistenza di una pandemia in atto sono l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Ministero della Salute.

Polizza: i documenti che descrivono e provano l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni miste: prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network Previmedical, ma da professionisti non convenzionati.

Presidio (o ausilio) medico ortopedico: è uno strumento o manufatto che sostiene, vicaria, aumenta o migliora una funzione deficitaria o compromessa di parti anatomiche (ad esempio plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle ecc.)

Protesi acustica (apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio i presidi medico ortopedici, ovvero: plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle).

Questionario anamnestico: il documento che descrive la storia clinica e lo stato di salute dell'Assistito, sulla base delle risposte dallo stesso fornite, debitamente sottoscritto dall'Assistito o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della Polizza.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Ricovero di lunga degenza

La degenza in Istituto di cura specializzata in caso di ricovero di lungo periodo

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Società: RBM Salute S.p.A.

Stato di non autosufficienza "consolidato/permanente" situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assistito, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

TPA: Previmedical S.p.A., società specializzata alla quale è assegnata da RBM Salute la gestione dell'assistenza diretta e del network di convenzioni.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia (o massofisioterapista diplomato anteriormente all'istituzione dei corsi di laurea in fisioterapia e cioè entro il 17 marzo 1999), e/o effettuate presso Centri Medici, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici di Medicina Generale



CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente

Premessa

Le garanzie di cui alla presente polizza saranno da intendersi operative relativamente a tutti i sinistri che verranno valutati in stato di LTC permanente dalle ore 00.00 dell'01/01/2018 o dalla data di decorrenza della singola copertura, fino alla scadenza contrattuale.

CONDIZIONI DI POLIZZA

1. Oggetto della copertura

Quando l'Assistito si trova in uno stato di non autosufficienza permanente come indicato al successivo punto 5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", la Società garantisce attraverso il TPA l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria oppure eroga un massimale a risarcimento del danno subito e a rimborso delle eventuali spese sanitarie sostenute.

La scelta tra le suddette opzioni alternative tra loro deve essere effettuata dall'Assistito al momento della denuncia del sinistro.

2. Persone Assicurate

Premesso che la copertura assicurativa è obbligatoria per tutti i soggetti iscritti a Cassa Mutua Toscana, quest'ultima comunicherà puntualmente l'elenco degli Assistiti che hanno inizialmente diritto alla copertura assicurativa e fornirà, con la cadenza stabilita negli articoli seguenti, le variazioni delle persone assicurate, la presente copertura riguarda tutti i Soci iscritti nei registri anagrafici della Contraente ed i relativi familiari (obbligatoriamente assicurati) come indicato nel Glossario.

Nel caso di sinistro verrà richiesto lo stato di famiglia ovvero una autocertificazione attestante il rapporto di parentela al momento del sinistro

Sono da intendersi assicurabili coloro i quali alla data di effetto della presente copertura LTC non siano già in uno "stato di non autosufficienza" ad eccezione degli Assistiti per i quali sia già avvenuto il riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente, ai sensi di quanto previsto dalla polizze n.0031003099 e n.0031004908 emesse da RBM Salute S.p.A.

Relativamente a questi ultimi, le Parti prendono atto che, il massimale messo a loro disposizione sarà quello prestatore dalla polizza vigente al momento del riconoscimento dello "stato di non autosufficienza" indipendentemente dalla successiva variazione del massimale stesso.

3. Effetto dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00 del giorno indicato nel frontespizio di polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 00.00 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

Se la Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00.00 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 00.00 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

4. Durata dell'assicurazione/Tacita Proroga dell'assicurazione

La polizza ha durata triennale, con effetto dalle ore 00 del 01/01/2018 e scadenza alle ore 00 del 01/01/2021.

Ad ogni scadenza annuale l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per un periodo di 1 anno e così successivamente di anno in anno sino alla scadenza triennale del presente contratto.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra parte a mezzo raccomandata almeno 60 giorni prima dell'01/01/2021.

Alla scadenza triennale del contratto in mancanza di disdetta l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per un periodo di 1 anno e così successivamente di anno in anno.

Con particolare riferimento alla copertura assicurativa, nell'arco del triennio di copertura il rinnovo del contratto per l'annualità successiva avverrà previa verifica dell'andamento tecnico effettivo dei Piani Assistenziali (COMBINED RATIO).

Per la definizione del premio relativo all'annualità 2019, l'andamento tecnico effettivo della copertura sarà calcolato effettuando il rapporto tra i sinistri – liquidati e riservati al 31.12.2018 (inclusivi di riserva "OSR" - OUTSTANDING RESERVES, ossia sinistri denunciati ma non ancora pagati, e riserva "IBNR" - INCURRED BUT NOT REPORTED, ossia sinistri accaduti e non denunciati) – di competenza del periodo indicato

(01.01.2018 – 31.12.2018) maggiorati delle spese (pari al 5%) ed il premio di competenza del medesimo periodo (01.01.2018 – 31.12.2018).

In base al risultato ottenuto dalla predetta operazione, la Società procederà come segue:

- se il Combined ratio risulterà inferiore o uguale al 85%, la copertura assicurativa potrà essere rinnovata, a condizione che sia confermata per l'annualità successiva almeno la medesima numerosità di Assistiti all'effetto della polizza (01/01/2018), alle stesse condizioni normative ed economiche in corso (€ 18,00 pro capite);
- se il Combined ratio risulterà pari o superiore al 85%, la copertura assicurativa potrà essere rinnovata, a condizione che sia confermata per l'annualità successiva almeno la medesima numerosità di Assistiti all'effetto della polizza (01/01/2018) con un premio pari ad € 19,00 pro capite;

Per la definizione del premio relativo all'annualità 2020, l'andamento tecnico effettivo della copertura sarà calcolato effettuando il rapporto tra i sinistri – liquidati e riservati al 31.12.2019 (inclusivi di riserva "OSR" - OUTSTANDING RESERVES, ossia sinistri denunciati ma non ancora pagati, e riserva "IBNR" - INCURRED BUT NOT REPORTED, ossia sinistri accaduti e non denunciati) – di competenza del periodo indicato (01.01.2019 – 31.12.2019) maggiorati delle spese (pari al 5%) ed il premio di competenza del medesimo periodo (01.01.2019 – 31.12.2019).

In base al risultato ottenuto dalla predetta operazione, la Società procederà come segue:

- se il Combined ratio complessivo del biennio 2018-2019 risulterà inferiore o uguale al 50%, la copertura assicurativa potrà essere rinnovata, a condizione che sia confermata per l'annualità successiva almeno la medesima numerosità di Assistiti all'effetto della polizza (01/01/2019), alle stesse condizioni normative ed economiche in corso (€ 18,00 pro capite);
- se il Combined ratio complessivo del biennio 2018-2019 risulterà maggiore al 50% ed inferiore a 100%, la copertura assicurativa potrà essere rinnovata, a condizione che sia confermata per l'annualità successiva almeno la medesima numerosità di Assistiti all'effetto della polizza (01/01/2019), con un premio pari ad € 19,00 pro capite;
- se il Combined ratio risulterà pari o superiore al 100%, la copertura assicurativa potrà essere rinnovata, a condizione che sia confermata per l'annualità successiva almeno la medesima numerosità di Assistiti all'effetto della polizza (01/01/2019) con un premio pari ad € 20,00 pro capite;

5. Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene definita persona "non autosufficiente" quella incapace in modo permanente di svolgere, come sotto precisato, parte delle seguenti "attività elementari della vita quotidiana":

- farsi il bagno
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Assistito nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di valutazione funzionale di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il punto 6. "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

Per le condizioni di erogazione della prestazione periodica si veda il punto 8. "Massimale assicurato".

6. Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza

ATTIVITA' ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

	• FARSIL BAGNO	PUNTEGGIO
1°grado	l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo	0
2°grado	l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno	5

3°grado	l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	10
	• VESTIRSI E SVESTIRSI	PUNTEGGIO
1°grado	l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0
2°grado	l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	5
3°grado	l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	10
	• IGIENE DEL CORPO	PUNTEGGIO
1°grado	l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare in bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	0
2°grado	l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1) (2) e (3)	5
3°grado	l'Assistito necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	10
	• MOBILITA'	PUNTEGGIO
1°grado	l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi	0
2°grado	l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. E' in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto	5
3°grado	l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi	10
	• CONTINENZA	PUNTEGGIO
1°grado	l'Assistito è completamente continente	0
2°grado	l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5
3°grado	l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10
	• BERE E MANGIARE	PUNTEGGIO
1°grado	l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0
2°grado	l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: o sminuzzare/tagliare cibo o sbucciare la frutta o aprire un contenitore/una scatola o versare bevande nel bicchiere	5
3°grado	l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

7. Modalità di riconoscimento del risarcimento/del rimborso/dell'erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza permanente da parte della Società dà diritto all'Assistito a richiedere - entro i limiti previsti al punto 8 "Massimale assicurato" - l'erogazione delle prestazioni nelle forme di seguito indicate e dettagliate ai successivi punti 7.1, 7.2:

- erogazione diretta delle prestazioni di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato con il TPA;

CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente

- risarcimento del danno in via posticipata con cadenza quadrimestrale (previa presentazione del certificato di esistenza in vita emesso dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza), e rimborso delle eventuali spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione della fotocopia delle fatture/ricevute, da cui risulti il relativo quietanzamento, oppure documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).
- Monitoraggio domiciliare Remoto del Paziente (RPM service) in uno stato di non autosufficienza, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei seguenti parametri vitali dell'Assistito.
Il programma ha la medesima durata della non autosufficienza.

Parametri vitali monitorati:

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)
- temperatura corporea (ingresso manualmente)
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

mediante

- consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assistito di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali;
- training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica;
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM;
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano;
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery;
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'assistito tramite call center;
- rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio;
- ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi.

Dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello stato di non autosufficienza permanente dell'Assistito, l'erogazione della prestazione decorrerà dal verificarsi del predetto stato di non autosufficienza.

7.1 Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora l'Assistito richieda l'erogazione diretta delle prestazioni di assistenza, avvalendosi quindi di una struttura sanitaria convenzionata con il TPA, il TPA stesso provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assistito né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate dalla Società.

In caso di ricovero, l'Assistito dovrà inoltre sottoscrivere:

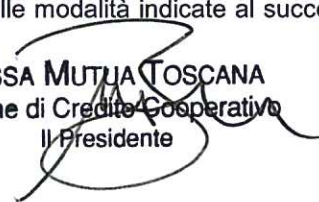
- al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno;
- all'atto delle dimissioni, i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra-ricovero l'Assistito dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assistito.

Qualora l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta non raggiunga l'importo quadrimestrale di spettanza dell'Assistito nel limite indicato al punto 8 "Massimale Assicurato", l'Assistito ha diritto di attivare per la parte di importo di cui non ha beneficiato la garanzia alle modalità indicate al successivo punto 7.2.2 "Richiesta del risarcimento".

CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente



7.2 Richiesta di risarcimento del danno subito/rimborso spese sanitarie sostenute

7.2.1 Il fascicolo di richiesta di rimborso spese - indirizzato a: RBM Salute – Area Liquidazione – via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- la copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero;
ovvero
- i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra-ricovero.

Dovrà inoltre allegare le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Il pagamento di quanto spettante all'Assistito viene effettuato su presentazione alla Società della fotocopia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. La Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Eventuale documentazione di spesa inviata alla Società in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assistito con cadenza mensile.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assistito in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e non liquidate nel corso del mese;
- riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assistito.

Qualora il rimborso delle spese sanitarie sostenute non raggiunga l'importo quadrimestrale di spettanza dell'Assistito nel limite indicato al punto 8 "Massimale Assicurato", l'Assistito ha diritto di attivare per la parte di importo di cui non ha beneficiato la garanzia alle modalità indicate al successivo punto 7.2.2 "Richiesta del risarcimento".

7.2.2 La richiesta del risarcimento del danno dovrà pervenire alla Società mediante presentazione da parte dell'Assistito del modulo di denuncia del sinistro con allegata dichiarazione espressa di volersi avvalere della facoltà di usufruire del risarcimento, nel limite del massimale garantito indicato all'art. 8 "Massimale assicurato", erogato in tre (3) rate quadrimestrali posticipate, su presentazione del certificato di esistenza in vita rilasciato dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza.

8. Massimale assicurato

Il massimale annuo che la Società garantisce a risarcimento, nel caso in cui l'Assistito si trovi nelle condizioni indicate all'articolo 5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", corrisponde a € 18.000,00 e viene corrisposto al raggiungimento di un punteggio di almeno 40 punti.

Relativamente al verificarsi dello stato di non autosufficienza parziale al raggiungimento di un punteggio pari a 35 punti (per la ripartizione dei punti ai fini dell'accertamento dello stato di non autosufficienza parziale si veda la tabella "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza" all'art. 6), la Società prevede la corresponsione di un risarcimento forfettario "una tantum" pari a € 5.000,00 fino alla scadenza della polizza.

L'eventuale rivalutazione del punteggio e quindi la valutazione di non autosufficienza permanente, da darsi al punteggio di almeno 40 punti (per la ripartizione dei punti ai fini dell'accertamento dello stato di non autosufficienza permanente si veda la tabella "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza" all'art. 6), sarà rivalutata non prima di 2 anni dall'avvenuta erogazione dell'importo di una tantum.

Per la ripartizione dei punti ai fini dell'accertamento dello stato di non autosufficienza si veda la tabella al punto 6 "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza".

9) Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società

Entro 30 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. 5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assistito, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

a) contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800.90.14.04** (numero verde);
- **0039 041.59.15.033** per chiamate dall'estero

e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale;

b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: RBM Salute – Area Liquidazione – via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.
Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia (scaricabile dal sito di RBM Salute o di Cassa Mutua Toscana) compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti (scaricabile dal sito di RBM Salute o di Cassa Mutua Toscana) firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assistito e la data della sua sopravvenienza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni;
- entro 2 mesi dalla data di ricezione del suddetto fascicolo, la Società invierà all'Assistito, o ad un suo rappresentante, un questionario da far compilare al Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assistito.

Il medico dovrà, inoltre, fornire un rapporto, che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein).

Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.

Qualora l'Assistito abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione medica in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Se l'Assistito è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, in luogo della cartella clinica, potrà essere presentata una relazione medica dettagliata redatta dai medici ospedalieri che lo hanno in cura. Tale relazione dovrà contenere precise informazioni circa la data d'ingresso, le patologie che hanno reso necessario il ricovero ed eventuali complicanze, le terapie cui viene sottoposto e quant'altro di rilevanza sanitaria, salvo poi presentare alla fine dello stesso, la relativa cartella clinica.

La Società, entro 6 mesi dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva si impegna ad andare a visita medica.

Entro 9 mesi dal ricevimento del questionario la Società si impegna a dare riscontro all'Assistito in merito all'esito della visita medica:

1. riconoscimento di LTC permanente in quanto situazione stabilizzata e punteggio minimo raggiunto e liquidazione della somma assicurata a far data dal momento di entrata effettiva in LTC permanente e comunque liquidazione retrodatata non oltre la data della visita medica di accertamento;
2. non riconoscimento di LTC in quanto situazione stabilizzata, ma punteggio inferiore al minimo riconosciuto in copertura; in questo caso, qualora il punteggio raggiunto corrisponda a 35 punti l'Assistito ha la possibilità di richiedere l'erogazione dell'una tantum;
3. non riconoscimento di LTC in quanto situazione NON stabilizzata: l'Assistito è rivedibile in un arco di tempo che varierà da soggetto a soggetto (da un minimo di 3 mesi a un massimo di 18 mesi).

Nel caso in cui l'Assistito non sia in LTC, la Società si rende disponibile a riesaminare il caso solo dopo 3 mesi e prodotti nuovi elementi.

Nel caso in cui l'Assistito sia in LTC ma la situazione non risulti consolidata allora la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificando dopo quanti mesi, come da valutazione del medico di RBM Salute.

Nel caso di lungodegenza la Società si impegna ad andare a visita e fornire riscontro all'Assistito, il quale, trovandosi in lungodegenza non può fornire alla Società la cartella clinica completa come solitamente richiesto.

10. Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'Assistito, a controlli presso l'Assistito e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

Inoltre, qualora l'Assistito si trovi in "stato di non autosufficienza", e la Società lo ritenga opportuno, essa potrà richiedere all'Assistito in questione di produrre un "certificato di esistenza in vita", emesso dal medico curante o dall'ufficio anagrafico di residenza. Per la prima volta il suddetto certificato verrà richiesto in concomitanza all'erogazione della prima mensilità della prestazione periodica, i successivi certificati di esistenza in vita dovranno essere prodotti in 3 periodi prestabiliti nel corso dell'annualità assicurativa, concordati preventivamente tra la Società e la Contraente. Tali periodi vengono individuati rispettivamente: tra il 1° ed il 15 gennaio, il 1° ed il 15 Maggio ed il 1° ed il 15 Settembre.

In caso di rifiuto da parte dell'Assistito di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta della Società.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'assicurato,
- Copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire);
- In assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- Eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire
- Fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- Dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA)

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

11. Controversie

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, individuata secondo le previsioni dell'art. " Foro Competente"

12. Premio

Il premio annuo, al netto degli oneri fiscali, viene fissato in € 18,00 per ogni Assistito. Il premio annuo è soggetto ad adeguamento annuale, da effettuarsi a cura della Società sulla base di una specifica analisi sull'effettiva composizione della popolazione assicurata, anche in termini di numerosità ed età anagrafica reale.

Ad ogni scadenza annuale, con un anticipo di 45 giorni rispetto alla scadenza di polizza, la Società potrà aggiornare il premio in funzione delle caratteristiche della popolazione da assicurare (età, sesso) sulla base delle inclusioni/esclusioni di polizza. In tale occasione potrà aggiornare il premio anche in funzione dell'osservazione dell'andamento tecnico della polizza secondo quanto indicato al precedente Art. 4. "Durata dell'assicurazione/Tacita Proroga dell'assicurazione".

In caso di aumento del premio, la Contraente potrà recedere dal contratto entro 10 giorni dalla data di comunicazione del nuovo premio annuo mediante invio di lettera raccomandata.

13. Inclusioni ed Esclusioni

Mensilmente, nel corso dell'annualità assicurativa, la Contraente invierà apposito file, contenente i dati anagrafici degli Assistiti (cognome, nome, sesso, codice fiscale, luogo e data di nascita, indicazione di inclusione/esclusione e data di inclusione/esclusione) per l'inserimento in copertura delle nuove inclusioni (nuove iscrizioni o adesioni) e l'esclusione di coloro che abbiano perso il diritto alla assicurazione in quanto non più iscritti nei registri della Contraente; il file di aggiornamento che viene inviato dalla Contraente alla Società deve contenere le movimentazioni dell'ultimo periodo di riferimento (relativamente alle sole inclusioni ed esclusioni dell'ultimo mese).

- 1) *Inserimento di nuovi Iscritti alla Cassa Mutua Toscana BCC in data successiva all'effetto di polizza.*
Le inclusioni di nuovi Assistiti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo per i soggetti che siano iscritti, per la prima volta, nei registri della Contraente. Per questi soggetti la garanzia decorre dal giorno dell'assunzione sempre che questa venga comunicata alla Società entro 60 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.
L'inclusione verrà effettuata mediante comunicazione da parte della Contraente alla Società e pagamento del relativo premio con conguaglio a fine anno.
Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste al numero 1 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.
- 2) *Esclusioni dalla polizza*
L'Assistito che abbia perso il diritto all'assicurazione verrà escluso dalla copertura dalle ore 00 del medesimo giorno facendo per ciò fede i registri anagrafici della Contraente. Nel caso di esclusione per decesso dell'Assistito, egli verrà escluso dalla copertura dal giorno del decesso.
Eventuali esclusioni verranno effettuate mediante restituzione alla Contraente del premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di esclusione e la prima scadenza utile di polizza, al netto delle imposte.
- 3) *Inclusione familiari in copertura*
Contestualmente all'inclusione del dipendente verranno obbligatoriamente inseriti tutti i nominativi dei componenti del nucleo familiare così come definiti alla voce "Familiari" del Glossario.
Inoltre dovranno essere inseriti in copertura i familiari nel caso di variazione dello stato di famiglia in corso d'anno, ad esempio in caso di nascita/adozione/affidamento di un figlio o di matrimonio;
- 4) *Esclusioni familiari dalla copertura*
La copertura assicurativa terminerà al momento in cui il Familiare sia escluso dai Registri anagrafici della Contraente, in base a quanto previsto dallo Statuto e/o Regolamento;
Nel caso di decesso dell'ex-dipendente/ex iscritto alla Cassa Mutua Toscana BCC quale titolare, i familiari potranno essere mantenuti in copertura fino al compimento del 75° anno di età.

14. Modalità di pagamento del premio

Al momento dell'emissione della presente polizza il Contraente si impegna a versare alla Società, a titolo di anticipo di premio a copertura del rischio assicurato, un importo pari a quello indicato nel frontespizio, calcolato su un numero stimato di 7.715 Assistiti assicurati.

La Contraente provvederà a trasmettere alla Società entro il 28/02 di ogni annualità le informazioni relative all'esatto numero degli Assistiti alla data dell'01.01. Tali informazioni verranno trasmesse mediante apposito supporto informatico, contenente i dati anagrafici degli Assistiti.

Le movimentazioni (inclusioni ed esclusioni) che si verificheranno nel corso dell'annualità di polizza saranno gestite con regolazione del premio tra la Società e la Contraente sulla base dei giorni effettivi di copertura con conguaglio a fine anno.

Ad ogni scadenza annua la Contraente si impegna a versare alla Società un anticipo di premio calcolato sulla base del numero di Assistiti al 31.12 indicato sul certificato di polizza.

Seguirà la regolazione del premio mediante emissione di atto di variazione per l'importo a tal fine determinato, che la Contraente si impegna a regolare entro il 20 marzo di ogni annualità.

CONDIZIONI GENERALI

15. Rischi esclusi

Sono escluse dalla garanzia le conseguenze:

- a) di fatti volontari o intenzionali dell'Assistito, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, uso di sostanze psicotrope ed uso di sostanze alcoliche;
- b) di alcolismo acuto o cronico;
- c) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assistito ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
- d) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- e) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento dei suddetti sport, siano esse ufficiali o meno.
- f) le conseguenze dirette od indirette di pandemie

Se lo stato di non autosufficienza è determinato da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non corrisponde il massimale garantito indicato al punto 8.

16. Altre assicurazioni

Gli Assistiti sono esonerati dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da loro stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

17. Estensione territoriale

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo.

18. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico della Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

19. Modifiche delle condizioni di assicurazione

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

20. Forma delle comunicazioni

La Contraente e la Società prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza.

21. Foro competente

Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata:

CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente

- Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Società.
- Per ogni controversia tra la Società e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito o dell'avente diritto.

22. Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

23. Obblighi di consegna documentale a carico del Contraente

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assistito i seguenti documenti:

- a) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali),
- b) Condizioni di Assicurazione.

Una copia dell'Informativa Privacy sottoscritta dall'Assistito, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla alla Società qualora questa ne faccia richiesta.

24. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario,
- modifiche statutarie attinenti il cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale,
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso,

la Società, entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione, renderà al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente è tenuto, a sua volta, a comunicare tali informazioni ad ogni Assistito.

25. Monitoraggio andamento tecnico

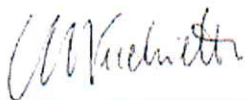
La Società provvede a trasmettere su base quadrimestrale alla Contraente, entro il giorno 20 del mese successivo al periodo osservato, il rendiconto relativo alle variazioni e nuove posizioni aperte indicando i seguenti dati:

- cognome e nome dell'Assistito;
- data di denuncia;
- tipologia del sinistro (malattia o infortunio);
- data del riconoscimento di LTC permanente;
- importo riservato;
- importo liquidato.

26. Clausola Broker

La gestione della presente convenzione è affidata a Willis Italia Spa – Via Tortona, 33 – 20144 Milano (C.F. 03902220486), quale broker di assicurazione. Il Contraente, gli Assistiti, le Aziende Associate e la Società danno atto che tutti i reciproci rapporti inerenti l'esecuzione del presente contratto avverranno tramite il suddetto Intermediario.

Preganzoli, 1 gennaio 2018



Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa



CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente

La Contraente

Agli effetti dell'art.1341 del C.C. la Contraente dichiara di approvare le disposizioni contenute nei paragrafi seguenti:

- Art. 4 Durata dell'assicurazione/Tacita Proroga dell'assicurazione
- Art. 7 Modalità di riconoscimento del risarcimento/del rimborso/dell'erogazione di servizi di assistenza
- Art. 11 Controversie
- Art. 12 Premio
- Art. 14 Modalità di pagamento del premio
- Art. 15 Rischi esclusi
- Art. 20 Forma delle comunicazioni
- Art. 21 Foro competente

Preganziol, 1 gennaio 2018


CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente

La Contraente

ALLEGATO 1

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

RBM Assicurazione Salute S.p.A. in conformità all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in qualità di titolare del trattamento dei dati, La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui diritti che Lei potrà esercitare (ai sensi del Capo III del GDPR).

1 Finalità del trattamento

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, anche sensibili ⁽¹⁾, al fine di fornire i servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge⁽²⁾, – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi; pertanto il consenso prestato a tale fine risulta obbligatorio.

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali

In caso di Suo esplicito consenso, i Suoi dati potranno essere utilizzati al fine di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto sulla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

2 Modalità di trattamento e conservazione

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti⁽³⁾, sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, in maniera da garantire un adeguato livello di sicurezza, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo.

I Suoi dati sono trattati in Italia; eventualmente, ove necessario, potranno essere comunicati, per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della Unione Europea, a soggetti che fanno parte della c.d. catena assicurativa⁽⁴⁾.

I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattarli, in qualità di Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

I dati personali vengono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento.

Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 1 a), i dati personali verranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e comunque nel rispetto della vigente normativa.

Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 1 b), i dati personali verranno conservati nel rispetto della vigente normativa o fintantoché l'Interessato non avrà esercitato il proprio diritto di opposizione o revocato il proprio consenso.

Registrazione delle telefonate

La informiamo che le telefonate al Call center potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate avverrà a mezzo di un sistema automatizzato. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato e potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato.

Cookies

Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito web della Società. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura

del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

3 Comunicazione dei dati personali

I Suoi dati possono essere comunicati ad altri soggetti con funzioni di natura tecnica organizzativa e operativa che fanno parte della c.d. catena assicurativa⁽⁴⁾, eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, anche in Paesi dell'Unione Europea, o anche fuori della Unione Europea. Tali soggetti tratteranno i Suoi dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in qualità di autonomi Titolari.

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

4 Diritti dell'interessato

Titolare del trattamento è RBM Assicurazione Salute S.p.A..

Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

- a. accesso ai dati personali;
- b. rettifica dei propri dati personali (provvederemo, su Sua segnalazione, alla correzione di Suoi dati non corretti anche divenuti tali in quanto non aggiornati);
- c. revoca del consenso;
- d. cancellazione dei dati (diritto all'oblio) (ad esempio, in caso di revoca del consenso, se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento);
- e. limitazione del trattamento;
- f. opposizione al trattamento per motivi legittimi;
- g. portabilità dei dati (su Sua richiesta, i dati saranno trasmessi al soggetto da Lei indicato in formato che renda agevole la loro consultazione ed utilizzo);
- h. proposizione reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'Ufficio Privacy presso la sede di RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

5 Titolare e Responsabile della Protezione dei Dati

RBM Assicurazione Salute S.p.A., con sede in via Forlanini n. 24 - 31022 Loc. Borgo Verde di Preganziol (TV), è il titolare del trattamento al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR scrivendo a privacy@rbmsalute.it / rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

Il Responsabile della protezione dei dati (RDP-DPO) è contattabile all'indirizzo privacy@rbmsalute.it.

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo 1 a):

Luogo e data	Contraente/Assicurato (leggibili)	Firma (in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità promozionali, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo 1 b):

☐ do il consenso

☐ nego il consenso

Luogo e data

Contraente/Assicurato
(leggibili)

Firma

(in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)

CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente



Note

- 1) Per dati "sensibili" si intendono i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona, che il GDPR indica all'Art. 9 come "categorie particolari di dati personali".
- 2) Ad esempio per disposizioni di IVASS, Garante Privacy, adempimenti in materia di accertamenti fiscali.
- 3) Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.
- 4) Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "*catena assicurativa*": agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionali di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la nostra società ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni).

CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente



ALLEGATO 2

INFORMATIVA RELATIVA ALLE AREE WEB RISERVATE ATTIVATE AI SENSI DEL Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013

Ai sensi del **Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013**, recante disposizioni in materia di gestione dei rapporti assicurativi via web, RBM Assicurazione Salute S.p.A. attiva, nel rispetto della tempistica prevista dal suddetto Provvedimento, **Aree Riservate** in cui il Contraente/l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per entrare nell'Area Riservata POLIZZE dal sito www.rbmsalute.it.

Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail assistenza@rbmsalute.it.

GATE 179 è attivo a decorrere dai termini previsti dalla normativa vigente in materia."



**Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa**



**CASSA MUTUA TOSCANA
Banche di Credito Cooperativo
Il Presidente**

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

Via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)

Tel. +39 0422 062700 – Fax: +39 0422 1745025

direzionecommerciale@rbmsalute.it

Sede Secondaria:

Via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)

Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702

Internet: www.rbmsalute.it - E-Mail: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico

Capitale Sociale € 100.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145

Impresa 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 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

