

Cassa Salute

REGOLAMENTO

Indice

TITOLO I - FONTE ISTITUTIVA DI CASSA SALUTE

Art. 1 - Oggetto del Regolamento

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

TITOLO II - ASSOCIAZIONE A CASSA SALUTE

Art.3 - Modalità di convenzionamento di Aziende Convenzionate, Associazioni Convenzionate ed Enti Convenzionati

Art.4 - Modalità di iscrizione alla Cassa

Art.5 - Modalità di adesione dei familiari (iscrizione)

Art.6 - Recesso di Azienda Convenzionata, Associazione Convenzionata ed Ente Convenzionato e rinuncia dell'Associato aderente a titolo individuale

Art.7 - Cessazione della partecipazione presso la Cassa

Art. 8 - Prosecuratori volontari

TITOLO III - CONTRIBUZIONI

Art. 9 - Contribuzione

Art. 10 - Modalità di versamento dei contributi

Art. 11 - Omissioni contributive e ritardati versamenti

TITOLO IV - PRESTAZIONI E MODALITA' DI RIMBORSO

Art. 12 - Prestazioni rimborsabili

Art. 13 - Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Definizione

Art. 14 - Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Esclusioni

Art. 15 - Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Richiesta di indennizzo

Art. 16 - Infortuni. Definizione

Art. 17 - Infortuni. Esclusioni

Art. 18 - Infortuni. Denuncia e accertamento dell'infortunio

Art. 19 - Copertura LTC. Definizione

Art. 20 - Copertura LTC. Esclusioni

Art. 21 - Copertura LTC. Denuncia e accertamento dello stato di non di autosufficienza

Art. 22 - Copertura LTC. Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

Art. 23 - Copertura malattia. Prestazioni ed esclusioni

Art. 24 - Copertura malattia. Erogazioni in forma diretta

Art. 25 - Copertura malattia. Erogazioni in forma indiretta

Art. 26- Copertura malattia. Modalità di rimborso delle prestazioni erogate in forma diretta

Art. 27 - Copertura malattia. Modalità di rimborso delle prestazioni erogate in forma indiretta

Art. 28 - Copertura malattia. Perdita del requisito di rimborso

Art. 29 - Copertura Assistenziale. Definizione

Art. 30 - Copertura Assistenziale. Servizio di Assistenza Domiciliare

- Art. 31 - Copertura Assistenziale. Servizio di guardia medica permanente
- Art. 32 - Copertura Assistenziale. Servizio di trasporto in autoambulanza, trasferimento in istituto di cura, rientro dall'istituto di cura e trasporto post ricovero(in Italia)
- Art. 33 - Copertura Assistenziale. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura
- Art. 34 - Copertura Assistenziale. Modalità di erogazione delle prestazioni/servizi
- Art. 35 - Copertura TCM. Definizione
- Art. 36 - Copertura TCM. Richiesta della prestazione
- Art. 37 - Accertamenti amministrativi e controlli sanitari
- Art. 38 - Revisione della pratica di rimborso

TITOLO V - NORME FINALI

- Art. 39 - Privacy e tutela dei dati personali
- Art. 40 - Contact Center e Centrale Operativa

TITOLO I - FONTE ISTITUTIVA DI CASSA SALUTE

Art. 1 - Oggetto del Regolamento

1. Il presente Regolamento disciplina il funzionamento di “Cassa Salute - ”, di seguito per brevità “la Cassa”, costituita con atto pubblico il 22 aprile 2010.
2. Il Regolamento è adottato ai sensi dell'art. 22 dello Statuto della Cassa.
3. Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, s'intendono richiamate le norme dell'Atto Costitutivo e dello Statuto.

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

1. La gestione dei rischi connessi con le prestazioni erogate da Cassa Salute sarà attuata dalla Cassa in regime di autoassicurazione e/o mediante la stipula di apposite convenzioni - per parte o tutte le prestazioni garantite – con Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., per i rami dalla stessa esercitati, e con Compagnie di assicurazione comunque appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo, per quanto attiene agli altri rami.
A tal ultimo fine, il Consiglio di Amministrazione della Cassa potrà provvedere ad assegnare in regime di coassicurazione la gestione dei rischi connessi con l'erogazione delle prestazioni garantite.
2. Per l'erogazione dei rischi malattia, la Cassa può dotarsi di apposito network mediante la stipula di una convenzione con un provider.

TITOLO II - ASSOCIAZIONE A CASSA SALUTE

Articolo 3 - Modalità di convenzionamento di Aziende Convenzionate, Associazioni Convenzionate, Enti e Collettività Convenzionati

1. Per convenzionarsi a Cassa Salute, le Aziende Convenzionate, le Associazioni Convenzionate, gli Enti Convenzionati e le Collettività Convenzionate di cui all'art. 4, comma 2, lett. a), b), c) e d) dello Statuto devono far pervenire alla Cassa specifica domanda di convenzionamento, che dovrà avere il seguente contenuto minimo:
 - l'approvazione dell'Atto Costitutivo, dello Statuto e del Regolamento di Cassa Salute;
 - per le Aziende, il numero iniziale dei dipendenti iscrivibili a Cassa Salute.I Fondi e le Casse di assistenza di natura aziendale devono intendersi equiparati alle Aziende Convenzionate e, pertanto, ne assumono identica qualifica per le operazioni previste da Statuto e Regolamento di Cassa Salute.
2. Spetta al Consiglio di Amministrazione di Cassa Salute declinare, motivandone le ragioni, la convenzione con la Cassa del soggetto richiedente.
3. La richiesta di convenzionamento decorre dal giorno di versamento alla Cassa del primo contributo ovvero dalla diversa data Condivisa tra le parti.
4. Sono previste una quota di adesione una tantum ed una quota associativa annua, da determinarsi annualmente dal Consiglio di Amministrazione della Cassa.
5. Le Aziende, le Associazioni, gli Enti e le Collettività comunicano alla Cassa i dati anagrafici necessari per la registrazione dei lavoratori iscritti e degli eventuali familiari per i quali il lavoratore abbia chiesto l'iscrizione, mediante procedura condivisa con la Cassa.

Articolo 4 - Modalità di iscrizione alla Cassa delle persone fisiche

1. L'adesione dei liberi professionisti e delle persone fisiche di cui all'art. 4, comma 2, lett. e) e f) dello Statuto avviene mediante manifestazione di volontà, espressa tramite compilazione di apposito modulo predisposto dalla Cassa, da trasmettere direttamente alla Cassa, salva diversa previsione condivisa nelle convenzioni di cui al precedente articolo 3.
2. L'adesione dei lavoratori dipendenti di cui all'art. 4, comma 2, lett. a) dello Statuto avviene mediante il convenzionamento collettivo del proprio datore di lavoro.
3. L'iscrizione alla Cassa decorre dal mese successivo a quello in cui il modulo è pervenuto alla Cassa o da diversa data appositamente pattuita. L'iscrizione a Cassa Salute impegna ai versamenti per l'intero anno in corso
4. L'iscrizione ha durata indeterminata, permanendo le condizioni di adesione, fatta salva la facoltà di prosecuzione volontaria, e fatta salva la facoltà di rinuncia di cui al successivo articolo 6.
5. Ogni iscritto è tenuto a comunicare alla Cassa direttamente, anche tramite il sito web, o, se lavoratore dipendente da Azienda Convenzionata tramite la stessa, ogni variazione o aggiornamento dei dati precedentemente comunicati.
6. Sono previste una quota di adesione una tantum ed una quota associativa annua, da determinarsi annualmente dal Consiglio di Amministrazione della Cassa .

Articolo 5 - Modalità di adesione dei familiari (iscrizione)

1. Gli Associati e/o i Beneficiari come definiti dall'articolo 4, comma 2 lettere e) e f), e dall'articolo 5 dello Statuto possono iscrivere i propri familiari:
 - a. all'atto della propria adesione;
 - b. in un tempo successivo alla propria richiesta di adesione.
2. L'iscrizione dei familiari degli Associati di cui all'art. 4, comma 2, lettere e) e f), avviene mediante compilazione di apposito modulo predisposto dalla Cassa che i richiedenti provvedono a trasmettere direttamente alla Cassa; è fatta salva ogni diversa previsione condivisa nelle convenzioni di cui al precedente articolo 3.
3. L'iscrizione dei familiari dei Beneficiari, definiti dall'articolo 5, comma 2, dello Statuto, avviene mediante il convenzionamento collettivo del proprio datore di lavoro tramite compilazione di apposito modulo, effettuata dal datore di lavoro su indicazione del lavoratore dipendente al cui nucleo familiare appartiene l'iscrivendo - che si assumerà le responsabilità di cui ai successivi punti 6, 7, 8 e 9 - oppure con altra modalità concordata con la Cassa; lo stesso datore di lavoro provvede a curarne la trasmissione alla Cassa.
4. Sono previste una quota di adesione una tantum ed una quota associativa annua, da determinarsi annualmente dal Consiglio di Amministrazione della Cassa.
5. L'iscrizione alla Cassa decorre dal mese successivo a quello in cui il modulo è pervenuto alla Cassa.
6. L'Associato di cui all'articolo 4, comma 2 lettere e) e f), deve trasmettere alla Cassa all'atto dell'iscrizione del proprio familiare specifica dichiarazione di responsabilità relativa all'esistenza dei requisiti previsti statutariamente e dal presente Regolamento per la loro iscrizione. In caso di variazione in corso d'anno dei requisiti per il mantenimento dell'associazione alla Cassa del familiare, l'Associato dovrà informare tempestivamente la Cassa e, solo nel caso di lavoratore dipendente da Azienda Convenzionata anche la Società di appartenenza.
7. La Cassa si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, controlli chiedendo all'assistito idonea certificazione; nel caso in cui l'assistito non riscontri la richiesta della Cassa , il familiare interessato decade dal diritto all'assistenza

sanitaria ed il dipendente può incorrere nelle ulteriori conseguenze collegate all'indebito comportamento tenuto, tra le quali l'esclusione dalla Cassa .

8. I familiari cesseranno dall'essere associati a partire dal momento in cui l'Associato esca dalla Cassa o non sia più versata la contribuzione per la loro copertura. L'iscrizione del nucleo familiare impegna ai versamenti contributivi per l'intero anno in corso e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno.
9. L'iscrizione dei familiari alla Cassa presuppone la conoscenza e l'accettazione da parte dell'Associato e /o del Beneficiario e dei familiari stessi delle norme dello Statuto e del Regolamento nonché delle loro eventuali successive modifiche, che la Cassa provvederà a comunicare.

Articolo 6 - Recesso di Azienda Convenzionata, Associazione Convenzionata, Ente Convenzionato e della Collettività Convenzionata e rinuncia dell'Associato aderente a titolo individuale

1. Le Aziende Convenzionate, le Associazioni Convenzionate, gli Enti Convenzionati e le Collettività Convenzionate di cui all'art. 4, comma 2 dello Statuto possono recedere dal convenzionamento a Cassa Salute nei termini e con le modalità previste nella singola Convenzione. E' fatta salva la facoltà di prosecuzione volontaria di cui al successivo articolo 8 per gli iscritti che avessero aderito a Cassa Salute in virtù della Convenzione per la quale è richiesto il recesso, nei termini e con le modalità in essa previste.
2. L'aderente a titolo individuale di cui all'articolo 4, comma 2, lettere e) ed f) dello Statuto può rinunciare alla partecipazione alla Cassa ai sensi di quanto previsto dal piano sanitario sottoscritto.

Articolo 7 - Cessazione della partecipazione alla Cassa

1. L'uscita dalla Cassa per una delle cause di cessazione statutariamente previste deve essere comunicata per iscritto a Cassa Salute e, da parte dei Beneficiari di cui all'art.5 dello Statuto anche, rispettivamente, alle Aziende Convenzionate, alle Associazioni Convenzionate, agli Enti Convenzionati e alle Collettività Convenzionate.
2. L'uscita dalla Cassa del Beneficiario comporta l'uscita automatica dei familiari iscritti, salvo diversa previsione nel piano sanitario di riferimento.
3. L'obbligo contributivo ed il diritto alle prestazioni persistono sino alla fine dell'anno in corso al momento della cessazione. Sono rimborsate le prestazioni per le quali siano esibite ricevute/fatture riportanti data di emissione non posteriore al 31 Dicembre dell'anno in corso al momento dell'esercizio della cessazione.
4. Nell'ipotesi in cui il Consiglio di Amministrazione della Cassa disponga l'immediata esclusione dell'iscritto dalla Cassa per accertamento di comportamenti dolosi, il provvedimento di esclusione dovrà essere notificato mediante lettera raccomandata A/R all'assistito.

Articolo 8 - Prosecuratori volontari

1. Possono acquisire e/o conservare la qualità di Associato e/o di Beneficiario di Cassa Salute, con tutti i conseguenti poteri e facoltà previsti dallo Statuto e dal Regolamento della Cassa, conseguendo la qualifica di prosecutore volontario:
 - a) i dipendenti da alcuna delle Aziende Convenzionate in aspettativa o che siano stati sospesi dal servizio in via cautelativa;
 - b) i dipendenti da alcuna delle Aziende Convenzionate collocati in mobilità, cassa

integrazione guadagni ordinaria o straordinaria per un periodo massimo di 48 mesi;

- c) gli ex dipendenti da alcuna delle Aziende Convenzionate in quiescenza;
 - d) i Beneficiari iscritti su base collettiva in virtù di convenzionamento a Cassa Salute della relativa Azienda Convenzionata, Associazione Convenzionata, Ente Convenzionato o Collettività Convenzionata di appartenenza, per il quale sia intervenuto il recesso di cui al primo comma del precedente articolo 6;
 - e) i lavoratori autonomi o i libero professionisti in quiescenza;
 - f) il coniuge superstite ed i familiari dell'Associato deceduto.
2. I soggetti di cui al comma precedente devono inoltrare alla Cassa richiesta di associazione e/o di prosecuzione del rapporto associativo.
 3. I soggetti di cui al comma 1 che chiedano di poter proseguire la loro partecipazione alla Cassa, devono effettuare i versamenti della contribuzione a proprio esclusivo carico, con interruzione per i dipendenti, salva diversa previsione, dei contributi a carico del datore di lavoro.
 4. Il prosecutore volontario ha la facoltà di mantenere anche l'iscrizione dei suoi familiari.
 5. La continuità della copertura è garantita fino alla fine dell'anno nel corso del quale si verifica l'evento da cui deriva il venir meno della partecipazione alla Cassa.
 6. La prosecuzione volontaria dovrà essere richiesta entro il 01 dicembre successivo alla data in cui si sono verificati gli eventi indicati al primo comma, con effetto dal primo gennaio dell'anno successivo. Nel caso in cui gli eventi indicati abbiano luogo nel mese di dicembre, la prosecuzione volontaria dovrà essere richiesta contestualmente con il verificarsi degli stessi e, comunque, entro e non oltre il 31 dicembre.
 7. Nel caso di prosecuzione volontaria del coniuge superstite ed eventuali familiari iscritti dell'Associato deceduto, è il coniuge a provvedere agli adempimenti amministrativi di cui al presente articolo.

TITOLO III - CONTRIBUZIONI

Articolo 9 - Contribuzioni

1. Le Aziende Convenzionate devono trattenere sulle retribuzioni i contributi dovuti dai dipendenti iscritti e versarli unitamente ai propri a Cassa Salute alle condizioni e con le modalità previste nella relativa Convenzione, nella misura prevista dal Nomenclatore/Tariffario di riferimento, salvo diversa specifica pattuizione con la Cassa.
2. Gli associati di cui all'art. 4, comma 2, lett. a), b), c) e d), dello Statuto provvedono al pagamento dei contributi alle condizioni e con le modalità previste nella Convenzione sottoscritta, nella misura prevista dal Nomenclatore/Tariffario di riferimento.
3. Gli aderenti di cui all'art. 4, comma 2, lett. e) ed f) dello Statuto provvedono al pagamento dei contributi secondo le modalità stabilite in sede di adesione alla Cassa nella misura prevista dal Nomenclatore/Tariffario di riferimento.
4. Per la copertura delle spese di funzionamento della Cassa, dai contributi versati è prelevata dalla Cassa una quota associativa, il cui ammontare è stabilito annualmente dal Consiglio di Amministrazione.
5. Per l'iscrizione alla Cassa dei familiari indicati nell'articolo 5 del presente

Regolamento, è previsto il pagamento di una quota aggiuntiva con le modalità previste nell'atto di convenzione o di adesione per gli iscritti di cui al precedente comma 3.

6. Con riferimento ai proscrittori volontari, il versamento della quota annuale per sé e per i propri familiari, se iscritti, riferita all'anno successivo deve essere effettuato, a mezzo bonifico bancario o diversa modalità stabilita dal Consiglio di Amministrazione, in un'unica rata entro il 01 dicembre di ogni anno.

Articolo 10 - Modalità di versamento dei contributi

1. Il versamento dei contributi sarà effettuato nei termini e con le scadenze stabilite nell'atto di convenzione e/o di adesione.
2. I contributi sono versati sul conto corrente intestato alla Cassa, presso l'istituto bancario da questo prescelto, tramite RID, bonifico bancario o diversa modalità stabilita in Convenzione/atto di adesione.
3. Nel caso in cui la scadenza di pagamento coincida con un sabato o con un giorno festivo, la stessa dovrà ritenersi procrastinata al primo giorno lavorativo successivo.

Articolo 11 -Omissioni contributive e ritardati versamenti

1. Nel caso in cui il versamento effettuato risulti inesatto o incompleto, la Cassa informerà l'Associato e/o il Beneficiario affinché si provveda tempestivamente alla relativa regolarizzazione, che dovrà avvenire entro e non oltre 60 giorni dalla prima scadenza di versamento successiva alla comunicazione ricevuta. Trascorso tale termine senza che si sia provveduto alla regolarizzazione del versamento, la Cassa provvederà a sospendere l'erogazione delle prestazioni. L'erogazione delle prestazioni sarà ripristinata successivamente alla regolarizzazione della posizione, ovvero dal mese concordato nel caso che sia stata accordata dal Consiglio di Amministrazione della Cassa una pianificazione del pagamento dei contributi dovuti.
2. Qualora il ritardo del versamento dei contributi sia superiore ad un mese, troveranno applicazione gli interessi legali maggiorati di 5 punti rispetto alla misura prevista dalla normativa vigente al tempo, da imputarsi agli Associati e/o ai Beneficiari.
3. In caso di morosità che si protragga per 6 mesi, ove non sia stata chiesta e concordata la pianificazione del pagamento, la Cassa intraprende l'iter di esclusione degli Associati e/o Beneficiari. Prima di procedere con l'effettiva esclusione, la Cassa invia un'ultima comunicazione di sollecito agli Associati e/o Beneficiari, ai fini della regolarizzazione che dovrà avvenire entro e non oltre 30 giorni dalla prima scadenza di versamento successiva alla comunicazione ricevuta. Trascorso tale termine senza riscontro positivo, la Cassa informerà l'Associato di riferimento, ovvero i singoli Beneficiari dell'avvenuta esclusione.
4. Il Consiglio di Amministrazione valuterà i termini e le modalità dell'eventuale rientro di coloro che ne avessero fatto espressa richiesta.
5. E' comunque facoltà dei lavoratori dipendenti di cui all'art. 4, comma 2, dello Statuto richiedere la prosecuzione volontaria della propria partecipazione alla Cassa; la relativa decorrenza sarà stabilita dal Consiglio di Amministrazione, anche in via transitoria ed anticipatamente rispetto allo scadere del termine semestrale di cui al presente articolo. In queste ipotesi dovrà tenersi conto dell'eventuale sospensione della continuità della copertura, avuto riguardo tanto al profilo contributivo che prestazionale, conseguente all'inadempimento dell'Azienda Convenzionata. La Cassa non è responsabile di eventuali danni derivanti dall'omissione e/o morosità contributiva imputabile all'Azienda Convenzionata.

TITOLO IV - PRESTAZIONI E MODALITA' DI RIMBORSO

Articolo 12 - Prestazioni rimborsabili

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

Articolo 13 - Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Definizione

1. I Beneficiari della presente copertura sono individuati nell'ambito del singolo Nomenclatore/Tariffario di riferimento.
2. La prestazione copre i casi di invalidità permanente conseguenti a malattia di grado superiore al 66% e tale da determinare la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dall'attività esercitata dall'Assistito al momento del verificarsi dell'evento, accertata dall'Ente Previdenziale di appartenenza mediante:
 - il riconoscimento di una "pensione di inabilità" (in caso di assoluta e permanente impossibilità a svolgere un qualsiasi lavoro);
 - il riconoscimento di un "assegno ordinario di invalidità" (conseguente alla riduzione di grado superiore al 66% della generica capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo).
3. Nel caso in cui l'iscritto non abbia il diritto ad accedere alle prestazioni erogate dall'Ente di previdenza di base di riferimento ("pensione di inabilità" - "assegno ordinario di invalidità") in quanto non ricorrano i requisiti di anzianità assicurativa e contributiva, tempo per tempo fissati dall'Ente di previdenza di base, ovvero nel caso in cui l'iscritto non abbia un Ente previdenziale di riferimento, il grado di invalidità permanente superiore al 66% sarà valutato secondo i criteri previsti nella "Tabella delle menomazioni" approvata con Decreto dell'allora Ministero del Lavoro del 12 luglio 2000 e successive modifiche e integrazioni, certificata da relativa perizia medico legale specialistica.
4. La prestazione copre, altresì, i casi di invalidità permanente conseguenti da infortuni che l'assistito subisce nell'esercizio delle attività lavorative dallo stesso dichiarate (rischi professionali) e/o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere lavorativo (rischi extra-professionali).
In caso di infortunio con accertata invalidità permanente, viene, quindi, garantita una percentuale della somma stanziata proporzionale al grado di invalidità rilevata secondo la tabella Inail.

Articolo 14 - Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Esclusioni

1. Relativamente all'Invalidità Permanente da Malattia, la copertura non comprende le invalidità derivanti, anche indirettamente, da:
 - stati invalidanti preesistenti alla iscrizione alla Cassa o alla data di iscrizione ai Fondi da cui sia confluito l'assistito a Cassa Salute;
 - malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche manifestatesi anteriormente alla iscrizione alla Cassa Salute;
 - malattie professionali così definite dal D.P.R. n. 124 del 30 giugno 1965 e

- successive modifiche;
- abuso di alcolici e di psicofarmaci, di stupefacenti, o di allucinogeni a scopo non terapeutico;
 - guerre ed insurrezioni;
 - trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - malattie conseguenti a situazioni pandemiche dichiarate dall'OMS.
2. Relativamente alla Invalidità Permanente da Infortunio, sono esclusi dalla copertura gli infortuni causati:
- a. dalla guida o uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri;
 - b. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assistito non è abilitato in conformità alle norme di leggi vigenti, fatto salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assistito abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
 - c. dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - d. dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e che comunque comporti remunerazione;
 - e. dalla pratica di: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio oltre il 3° grado (scala U.I.A.A. - Unione Italiana Associazioni Alpine), guidoslitta, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, sport aerei in genere (parapendio, deltaplano, ecc.) e paracadutismo;
 - f. da atti dolosi o azioni delittuose compiute o tentate dall'Associato o da partecipazione ad imprese temerarie;
 - g. da guerra o insurrezioni;
 - h. da ubriachezza dell'Associato se alla guida di autoveicoli - motoveicoli in genere, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - i. a seguito di correzione e/o eliminazione di malformazioni o difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto;
 - j. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, naturale o provocata, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Non sono considerati infortuni:

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

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

Articolo 15 - Invalidità Permanente da Malattia e Infortunio. Richiesta di indennizzo

1. L'iscritto che abbia diritto alla prestazione per Invalidità Permanente da Malattia dovrà farne richiesta a Cassa Salute con lettera raccomandata A.R. entro e non oltre gg. 180 (centottanta) da quando sia venuto a conoscenza dell'invalidità, allegando la documentazione attestante il godimento di pensione di inabilità per assoluta impossibilità a svolgere un qualsiasi lavoro ovvero di assegno ordinario di invalidità superiore al 66% comportante l'impossibilità per l'iscritto a continuare a svolgere la propria attività lavorativa.
2. Tale ultima certificazione dovrà essere rilasciata da struttura sanitaria pubblica a ciò abilitata.
3. Nel caso di mancanza dei requisiti di accesso a prestazioni pensionistiche di base e sempre nel termine di cui sopra, alla richiesta dovrà essere allegata perizia medico legale specialistica attestante il riconoscimento di una invalidità permanente superiore al 66% in applicazione dei criteri previsti nella "Tabella delle menomazioni" approvata con Decreto dell'allora Ministero del Lavoro 12 luglio 2000 e comportante l'impossibilità per l'iscritto a continuare a svolgere la propria attività lavorativa.
4. Tale ultima certificazione dovrà essere rilasciata da struttura sanitaria pubblica a ciò abilitata.
5. In tutti i casi la documentazione suddetta dovrà essere completata con:
 - con riferimento ai lavoratori dipendenti, una dichiarazione della Azienda di appartenenza attestante la data di risoluzione del rapporto di lavoro;
 - con riferimento a tutti gli iscritti, documentazione medica contenente dettagliate informazioni sulla natura, l'origine, il decorso e le conseguenze della malattia.
6. La predetta documentazione dovrà essere trasmessa a mezzo lettera raccomandata a/r in originale e allegata alla richiesta di indennizzo, pena l'inammissibilità della richiesta.
7. Solo in presenza di tutta la documentazione suddetta, la Cassa procederà all'esame della richiesta per l'eventuale indennizzo.
8. Al ricevimento della documentazione su indicata Cassa Salute procederà al relativo esame riservandosi di procedere a verifica tramite visita di proprio medico legale e, nel termine di 120 (centoventi) giorni, ne comunicherà l'esito a mezzo lettera raccomandata a/r. In caso di accoglimento procederà alla liquidazione dell'indennizzo secondo gli importi previsti nel Nomenclatore/Tariffario di riferimento.
9. Il diritto è di carattere personale e non può essere oggetto di disposizione testamentaria o donazione.
10. Nel caso in cui si verifichi il decesso dell'iscritto dopo la trasmissione della raccomandata da parte di Cassa Salute contenente la comunicazione di accoglimento della richiesta di indennizzo, la somma relativa sarà liquidata agli eredi che ne avranno titolo in base alle norme della successione testamentaria o legittima e soltanto previa produzione di atto notarile ricognitivo gli aventi diritto.
11. L'iscritto che abbia diritto alla prestazione per Invalidità Permanente da Infortunio, deve dare avviso scritto dell'avvenuto sinistro a mezzo lettera raccomandata A/R entro 3 giorni dalla data dell'evento o da quando ne ha avuto la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
La denuncia deve essere resa direttamente alla Cassa.

12. Ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, l'Assistito è tenuto a produrre la seguente documentazione:
- documentazione attestante la data e l'ora dell'evento;
 - una dettagliata descrizione dell'evento occorso;
 - i dati identificativi di eventuali testimoni presenti al momento del fatto;
 - certificato del Pronto Soccorso e/o di prima cura redatto il giorno stesso o comunque non oltre le 24 ore.
13. A partire dalla data di ricezione della denuncia da parte della Cassa, si attiverà la relativa procedura di accertamento.
- Per rendere più rapido ed efficace l'intervento si invita a prendere nota dei seguenti dati:
- numero di iscrizione;
 - cognome e nome dell'Associato, suo indirizzo o recapito temporaneo (indirizzo, numero di telefono e di eventuali fax e telex);
 - nonché, in base al tipo di prestazione richiesta, le altre eventuali informazioni utili all'esecuzione della prestazione stessa.
14. A maggiore precisazione di quanto sopra esposto, si ricorda che per la garanzia rimborso spese mediche il rimborso viene effettuato a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'Assistito, dei documenti giustificativi originali.
15. Infine, l'Associato dovrà sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Cassa, fornire allo stesso ogni informazione ritenuta utile e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Articolo 16 - Infortuni. Definizione

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

Articolo 17 - Infortuni. Esclusioni

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

Articolo 18 - Infortuni. Denuncia e accertamento dell'infortunio

1. Qualora l'Assistito subisca un infortunio come definito nel precedente art. 16, deve esserne fatta denuncia alla Cassa entro 3 giorni dal verificarsi dell'evento mediante raccomandata A.R. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Cassa della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta, come indicata nei successivi commi del presente articolo.
2. Ai fini del riconoscimento dell'indennizzo, l'Assistito è tenuto a produrre la seguente documentazione:
 - documentazione attestante la data e l'ora dell'evento;
 - una dettagliata descrizione dell'evento occorso;
 - i dati identificativi di eventuali testimoni presenti al momento del fatto;
 - certificato del Pronto Soccorso e/o di prima cura redatto il giorno stesso o comunque non oltre le 24 ore.
3. Il richiedente è tenuto a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Cassa per l'accertamento dell'infortunio occorso e delle relative cause; inoltre, su richiesta della Cassa, il richiedente ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Cassa.

Articolo 19 - Copertura LTC. Definizione

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

Articolo 20 - Copertura LTC. Esclusioni

1. É escluso dalla garanzia lo stato di non autosufficienza derivante direttamente o indirettamente da:
 - a) i seguenti eventi preesistenti: malattia, condizione patologica o infortunio (inteso come un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili), se non dichiarati prima dell'ingresso in copertura; qualora l'Assistito fornisca anteriormente all'ingresso in copertura dichiarazioni in merito ai predetti eventi, è riservata la facoltà di richiedere all'Assistito ulteriori accertamenti sanitari per valutare l'eventuale inclusione in copertura;
 - b) dolo;
 - c) partecipazione attiva dell'Assistito a delitti dolosi;
 - d) atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assistito a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
 - e) contaminazioni chimiche o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
 - f) uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
 - g) malattie psichiatriche, così come definite nel DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), pubblicato dall'American Psychiatric Association, in vigore al verificarsi dello stato di non autosufficienza;

- h) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) od altra patologia ad essa collegata, nel caso in cui lo stato di non autosufficienza si manifesti nei primi sette anni successivi all'ingresso in assicurazione della posizione individuale;
- i) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- j) pratica di sport pericolosi (ad esempio paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere);
- k) incidente di volo, se l' Assistito viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Articolo 21 - Copertura LTC. Denuncia e accertamento dello stato di non di autosufficienza

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

Articolo 22 - Copertura LTC. Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

1. L'iscritto riconosciuto non autosufficiente è obbligato a sottoporsi - su richiesta della Cassa e non più di una volta all'anno - alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato. L'iscritto è inoltre tenuto a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Cassa per il suddetto accertamento.
2. Qualora non sussista più lo stato di non autosufficienza o, comunque, nel caso che il beneficiario non adempia ai precedenti obblighi, la Cassa comunica al beneficiario la sospensione della corresponsione della Rendita LTC, a decorrere dalla prima rata mensile successiva alla data della comunicazione stessa.

Articolo 23 - Copertura malattia. Prestazioni ed esclusioni

1. Le prestazioni erogate dalla Cassa, nello specifico dettagliate nel singolo Nomenclatore/Tariffario di riferimento, attengono alle seguenti aree:
 - interventi chirurgici;
 - diagnostica e visite specialistiche;
 - cure odontoiatriche;

- lenti correttive della vista.
- 2. Le prestazioni garantite dalla Cassa e per le quali è richiesta la copertura devono derivare da malattia o infortunio.
- 3. Il Nomenclatore/Tariffario non può comprendere cure rese necessarie a seguito di incidenti traumatici se coperti da assicurazione per legge, per contratto di lavoro od a cura dell'azienda, oppure derivanti dal fatto di terzo responsabile, da partecipazioni a gare sportive o avvenimenti agonistici, interventi e cure aventi carattere estetico, fatti salvi quelli espressamente previsti, i ricostruttivi certificati da una struttura sanitaria pubblica ovvero i casi che il Consiglio di Amministrazione ritenga eccezionali, forme dichiaratamente TBC, assistite dall'INPS, forme morbose coperte da altra assicurazione obbligatoria per legge.
- 4. Cassa Salute, salva espressa diversa indicazione contenuta nel singolo Nomenclatore/Tariffario, non procederà al rimborso delle spese sostenute per:
 - a. gli infortuni, le anomalie, i difetti fisici e le mutilazioni occorse ed esistenti prima dell'iscrizione alla Cassa e le loro conseguenze;
 - b. eventi precedenti alla data di iscrizione a Cassa Salute;
 - c. le infermità mentali prive di obiettivabile causalità organica: sono compresi tuttavia il rimborso delle spese o l'indennizzo per ricoveri dovuti a nevrosi o disturbi psichici in genere, se curati in ospedali pubblici o convenzionati con le A.S.L. abilitati alla cura specifica delle malattie mentali ed il riconoscimento dell'indennizzo previsto per l'Invalidità Permanente da Malattia;
 - d. le malattie, gli infortuni e le loro conseguenze dovuti all'abuso di alcolici o narcotici o all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, anfetamine e simili; le conseguenze dovute a risse, duelli, delitti, aggressioni, atti violenti anche a movente politico (salvo partecipazione involontaria), eventi straordinari quali atti di guerra, operazioni militari, insurrezioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed altre calamità naturali, pandemie dichiarate dall'OMS;
 - e. le malattie o gli infortuni che siano conseguenza diretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - f. gli infortuni e le loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a competizioni in genere; sono tuttavia compresi quelli relativi a corse podistiche, tennis, tornei, trofei aziendali, gare automobilistiche di regolarità pura indette dall'ACI, pesca non subacquea, gare di bocce, tiro a volo;
 - g. gli interventi chirurgici di carattere estetico, salvo quelli necessari per eliminare le conseguenze di un infortunio e di malattie oncologiche;
 - h. l'interruzione volontaria di gravidanza;
 - i. apparecchi protesici;
 - j. i ricoveri in case di soggiorno e convalescenza, sanatori, ospedali militari, ospizi per persone anziane, Day-Hospital, stabilimenti termali;
 - k. l'ortodonzia, i bytes;
 - l. gli onorari di medici non autorizzati ad esercitare la professione;
 - m. tutti i medicinali;
 - n. le acque minerali, i vini, i ricostituenti, i cosmetici ed i preparati vitaminici;
 - o. i ricoveri per le prestazioni odontoiatriche, le visite, le cure e protesi dentarie effettuate dal nucleo familiare;
 - p. la ricerca diagnostica preventiva (check-up);
 - q. i trattamenti estetici, le cure dimagranti e dietetiche;

- r. ricoveri per gravidanza iniziata prima dell'iscrizione a Cassa Salute;
 - s. la sterilità;
 - t. l'inseminazione, fecondazione artificiale e sterilizzazione;
 - u. terapie psicologiche, chiroterapiche, massoterapie, fisioterapie, cure termali, spese non appartenenti alla medicina convenzionalmente riconosciuta o tradizionale, agopuntura;
 - v. visite effettuate da specialisti in medicina dello sport, medicina legale, medicina del lavoro, visite per pazienti e simili, visite omeopatiche, ingressi in piscine, palestre, ecc.;
 - w. noleggio apparecchiature;
 - x. interventi per correzione miopia, astigmatismo ecc...
 - y. spese relative ad infortuni (senza ricovero) e conseguenti terapie.
5. Eventuali variazioni ed adattamenti potranno essere previsti nel Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Art. 24 - Copertura malattia. Erogazioni in forma diretta

1. L'Assistito potrà rivolgersi ad una delle strutture sanitarie facenti parte del network messo a disposizione da un provider indipendente da compagnie di assicurazione e/o società di riassicurazione scelto dalla Cassa ai sensi di quanto previsto dall'articolo 20 dello Statuto.
2. La Cassa pubblica sul proprio sito Internet o rende comunque note ai propri iscritti, secondo modalità stabilite di volta in volta dal Consiglio di Amministrazione, l'elenco delle strutture sanitarie convenzionate ricomprese nel network di cui al comma precedente.
3. L'accesso alle strutture convenzionate è consentito agli assistiti a prescindere dalla loro dislocazione territoriale.
4. Per ricevere le prestazioni presso una delle strutture convenzionate in regime di assistenza diretta, gli assistiti dovranno contattare la Centrale Operativa almeno 48 ore lavorative prima della data di esecuzione della prestazione e ricevere l'autorizzazione da parte della medesima.
5. La Centrale Operativa, espletate le verifiche inerenti l'inclusione in copertura e la regolarità contributiva del richiedente, chiederà lettura della prescrizione medica e del quesito diagnostico in caso di prestazioni diverse dal ricovero e/o intervento; in quest'ultima ipotesi l'assistito dovrà trasmettere a mezzo fax la documentazione medica. Esperita una disamina tecnico-medica, la Centrale Operativa in caso di esito positivo della stessa autorizza la struttura convenzionata ad erogare la prestazione all'assistito in regime di assistenza diretta, fornendo evidenza di eventuali spese non previste dall'opzione sanitaria prescelta.
6. Dell'avvenuta autorizzazione alla prestazione viene fornita conferma all'assistito a mezzo telefono, fax, e-mail o sms secondo la preferenza espressa dal medesimo al momento della richiesta della prestazione.
7. Nel caso invece in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa contatta l'Assistito.
8. L'autorizzazione deve essere rilasciata dalla Centrale Operativa preventivamente anche nei casi in cui si rendessero eventualmente necessarie in corso di cura prestazioni sanitarie aggiuntive ovvero qualora la prestazione erogarsi - in base a successiva valutazione medica in corso di erogazione - debba essere diversa da quella già autorizzata.
9. Limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche

obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'esecuzione dell'intervento e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Assistito dovrà provvedere ad inviare a mezzo fax alla Centrale Operativa apposito modulo contenente l'attestazione della struttura sanitaria dello stato di necessità ed urgenza. Nel caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, inoltre, l'Assistito dovrà inviare il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento.

10. Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa.
11. La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.
12. Tutte le autorizzazioni rilasciate dalla Centrale Operativa sono soggette ad un periodo di validità pari a 30 giorni, decorso il quale, l'autorizzazione cessa la propria efficacia.
13. Ferma restando la necessità di acquisire l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, la Struttura Sanitaria potrà essere contattata:
 - dalla Centrale Operativa che fornisce all'assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o a mezzo sms della prenotazione effettuata;
 - direttamente dall'Assistito.
14. Al momento dell'erogazione della prestazione l'assistito dovrà esibire un documento di identità in corso di validità.
15. La Cassa ed i suoi incaricati possono procedere a visite di controllo.

Art. 25 - Copertura malattia. Erogazioni in forma indiretta

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

Art. 26 - Copertura malattia. Modalità di rimborso delle prestazioni erogate in forma diretta

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

Art. 27 - Copertura malattia. Modalità di rimborso delle prestazioni erogate in forma indiretta

1. Nell'ipotesi in cui il beneficiario ricorra all'erogazione in forma indiretta di cui all'articolo 25, l'interessato può presentare domanda di rimborso delle prestazioni ricevute nei termini e secondo le condizioni stabilite nell'atto di convenzione o nella richiesta di adesione in caso di aderente di cui all'art. 4, comma 2, lettere e) e f) dello Statuto, con effettuazione dei rimborsi entro il termine indicato nello stesso atto di convenzione.
2. Nel caso in cui siano iscritti anche familiari dell'Associato, quest'ultimo può inviare

le richieste di rimborso per sé e per i familiari in un'unica soluzione, fatti salvi i termini e le modalità di cui all'atto di convenzione.

3. Cassa Salute potrà prevedere il rimborso delle spese anche se effettuate fuori dal territorio nazionale; in tale ipotesi, le stesse verranno rimborsate al cambio medio della Borsa di Milano del giorno in cui sono state sostenute.
4. Alla richiesta di rimborso deve sempre essere allegata la seguente documentazione:
 - i documenti di spesa in originale intestati all'assistito, con espressa indicazione di tipologia e numero delle prestazioni effettuate, della data di emissione e degli onorari corrisposti. Il documento di spesa deve essere firmato e quietanzato. Non sono rimborsabili le spese documentate con ricevute fiscali. Se la fattura non è stampata su carta intestata del medico/struttura, dovrà riportare il timbro del medico/struttura sanitaria. La data della fattura determina l'anno finanziario di imputazione;
 - in caso di ricovero, la copia della cartella clinica, timbrata dall'ospedale/istituto di cura/clinica;
 - per le cure dentarie: l'apposito modulo predisposto dalla Cassa compilato dal medico odontoiatra.

La predetta documentazione, salvo dove diversamente previsto, deve essere trasmessa in originale; la presentazione in fotocopia è ammessa solo nel caso in cui l'originale sia stato consegnato al Servizio Sanitario Nazionale e ciò risulti da specifica attestazione della competente struttura del predetto Servizio. Il Consiglio di Amministrazione della Cassa può disporre diverse modalità di trasmissione della richiesta di rimborso e della relativa documentazione giustificativa allegata.

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

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

5. La documentazione di cui al comma precedente deve essere trasmessa contestualmente alla richiesta di rimborso; le fatture inviate successivamente non sono ammesse al rimborso.
6. Il richiedente è tenuto a comunicare se il rimborso richiesto è relativo a spese correlate ad eventi causati da responsabilità di terzi o coperte - anche parzialmente - da un'assicurazione privata di rimborso delle spese mediche. L'Associato è responsabile nei confronti della Cassa per i casi di indebito arricchimento.
7. La Cassa ed i suoi incaricati possono richiedere all'iscritto ogni altra documentazione ritenuta necessaria, nonché procedere a visite di controllo nel caso di prestazioni erogate in forma diretta presso strutture convenzionate.
8. Gli originali dei documenti di spesa, come l'ulteriore documentazione inviata alla Cassa (a titolo esemplificativo, referti, diagnosi mediche, dichiarazioni originali del medico, etc. ...), non vengono restituiti all'assistito alla chiusura della pratica di rimborso.
9. Alla chiusura della pratica di rimborso la Cassa si farà carico di fornire all'assistito attestazione comprovante la documentazione ricevuta e le spese effettivamente rimborsate al fine di consentire la detrazione in sede di dichiarazione dei redditi annuale delle eventuali quote di spesa rimaste a carico dell'assistito.
10. Qualora gli importi indicati in fattura non siano espressi in euro, il rimborso verrà effettuato tenendo conto del controvalore in euro alla data della fattura.
11. La Cassa effettuerà i rimborsi a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato

all'iscritto della Cassa, anche per le pratiche relative ai familiari eventualmente iscritti alla Cassa.

Art. 28 - Copertura malattia. Perdita del requisito di rimborso

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

Art. 29 - Copertura Assistenziale. Definizione

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

Articolo 30 - Copertura Assistenziale. Servizio di Assistenza Domiciliare

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

Articolo 31 - Copertura Assistenziale. Servizio di guardia medica permanente

1. Cassa Salute rende disponibile ai propri assistiti il servizio di Guardia

Medica

Permanente che consente, attraverso un presidio medico continuativo, di ricevere un riscontro costante nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria).

2. Termini, limiti e condizioni del servizio sono stabiliti nel Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 32 - Copertura Assistenziale. Servizio di trasporto in autoambulanza, trasferimento in istituto di cura, rientro dall'istituto di cura e trasporto post ricovero(in Italia)

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

Articolo 33 - Copertura Assistenziale. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura

1. Cassa Salute rende disponibile ai propri assistiti un servizio di informazione sanitaria in merito a strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni), farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero.
2. Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico d'urgenza

La Centrale Operativa mette a disposizione dell'assistito un esperto per un consulto telefonico immediato in relazione a richieste di consigli medico-sanitari generici e/o informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'assistito.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'assistito necessiti di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione, tutti i giorni, 24 ore su 24, la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'assistito e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. Per una più approfondita valutazione delle condizioni

di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

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

Art. 34 - Copertura Assistenziale. Modalità di erogazione delle prestazioni/servizi

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

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione medico assicurativa della richiesta avanzata.
5. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi medico-assicurativa, autorizza telefonicamente, a mezzo fax, sms o flusso web l'iscritto. Nel caso invece in cui l'autorizzazione dovesse essere negata, la Centrale Operativa contatta l'Assistito.
6. La Centrale Operativa effettua direttamente, per conto dell'Assistito, la prenotazione della prestazione richiesta, compatibilmente con la disponibilità della singola struttura. Una volta effettuata la prenotazione, sarà cura della Centrale

Operativa comunicare all'Assistito la data e l'orario indicati dalla struttura, mediante telefono, fax, posta elettronica e/o sms.

7. Tutte le autorizzazioni rilasciate dalla Centrale Operativa sono soggette ad un periodo di validità pari a 30 giorni, decorso il quale, l'autorizzazione cessa la propria efficacia.

Articolo 35 - Copertura TCM. Definizione

1. La presente copertura prevede l'erogazione, in favore dei Beneficiari designati, di una prestazione in forma capitale per il caso di morte dell'Associato, quando l'evento si verifichi in costanza di iscrizione a Cassa Salute, secondo quanto dettagliato nel
Nomenclatore/Tariffario di riferimento.

Articolo 36 - Copertura TCM. Richiesta della prestazione

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

Art. 37 - Accertamenti amministrativi e controlli sanitari

1. La Cassa può disporre accertamenti amministrativi e/o controlli sanitari riguardanti le richieste di autorizzazione/rimborso/indennizzo avanzate dall'iscritto.
2. Qualora l'iscritto non intenda sottoporsi ai predetti accertamenti e/o controlli ovvero non risulti veritiera la richiesta dell'assistito, non si procederà all'autorizzazione della prestazione e/o al rimborso/indennizzo richiesto ed il caso sarà esaminato per eventuali provvedimenti da parte del Consiglio di Amministrazione.

Art. 38 - Revisione della pratica di rimborso/indennizzo

1. Laddove non specificatamente disciplinato dal presente Regolamento, l'iscritto può chiedere la revisione della pratica di rimborso/indennizzo entro 60 giorni dalla data della lettera di liquidazione, inviando apposita richiesta alla Cassa con raccomandata

AR.

TITOLO V - NORME FINALI

Art. 39 - Privacy e tutela dei dati personali

1. Tutti i dati conferiti alla Cassa saranno trattati dagli Organi della Cassa e dagli operatori, secondo le modalità ed entro i limiti previsti dal “Codice in materia di protezione dei dati personali” ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 40 - Contact Center e Centrale Operativa

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