

## Appendice n. 3 FI RS0107 – ED 01/2012 – Dipendenti attivi e contrattisti

<b>Cassa</b>	CASSA RBM SALUTE
<b>Contraente</b>	F.A.S.I. RAI – FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTERNA PER I DIPENDENTI RAI
<b>Data effetto</b>	01/01/2013

Di comune accordo tra le Parti si stabilisce di modificare ed integrare il Fascicolo Informativo in essere come di seguito specificato:

- **L'Art. 1. "Informazioni generali" della nota informativa** si intende modificato come segue:  
RBM Salute S.p.A. ha sede legale e direzione generale in Italia, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso, sede secondaria via Nino Bixio 31, 20129 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).  
Sito internet: [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it), indirizzo di posta elettronica: [info@rbmsalute.it](mailto:info@rbmsalute.it).
- **L'Art. 2. "Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa"<sup>1</sup> della nota informativa** si intende modificato come segue:

### Dati patrimoniali al 31 dicembre 2012

Patrimonio netto:	€ 26.222.680,00
di cui - capitale sociale:	€ 20.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 764.840,00
Indice di solvibilità <sup>2</sup> :	199%

- **Art. 14 "Reclami" della nota informativa**, si intende sostituito come segue :  
"Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. – Ufficio Gestione Reclami – Via Nino Bixio 31 - 20129 Milano, oppure via telefax al numero 02-91431702, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: [reclami@rbmsalute.it](mailto:reclami@rbmsalute.it).  
Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

<sup>1</sup> I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato

<sup>2</sup> 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.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) – Servizio Tutela Utenti - Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma oppure inviare fax ai numeri 06-42133745 o 06-42133353, corredando l'esposto con la seguente documentazione:

- nome, cognome ed indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

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.

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.

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

- **A parziale deroga di quanto previsto agli Artt. 7.BIS “Assicurazione in forma integrativa rimborsuale” e 7.TER “Assicurazione in forma integrativa diretta” delle CGA**, nel caso in cui vengano effettuate contemporaneamente un'elettrocardiografia e una visita specialistica cardiologica, fatturate nel medesimo documento di spesa, sull'importo totale delle prestazioni eseguite verrà applicato il solo minimo di Euro 52,00, ferme le detrazioni in misura percentuale previste agli artt. **6.BIS “Assicurazione in forma integrativa rimborsuale” e 6.TER “Assicurazione in forma integrativa diretta”**, con consumo del massimale della garanzia “Prestazioni specialistiche extraospedaliere” Art. 2.B.
- **A parziale deroga di quanto previsto alla lettera f) dell'Art. 18 “Esclusioni” delle CGA**, si intendono compresi nell'ambito della garanzia “Ricovero in istituto di cura” Art. 2.A gli interventi volti alla correzione dei difetti refrattivi effettuati con trattamento laser (PRK, LASIK, PTK) esclusivamente nel caso in cui tali difetti siano molto disturbanti e non ben corretti da presidi ottici o siano la conseguenza di altre patologie oculari o di eventi traumatici.

I criteri di valutazione sono i seguenti:

- In caso di MIOPIA: se maggiore di 8 diottrie;
- In caso di IPERMETROPIA: se maggiore di 4 diottrie;
- In caso di ASTIGMATISMO: se maggiore di 3,5 diottrie;
- In caso di ANISOMETROPIA: se maggiore di 3 diottrie;

Nei casi sopra citati l'assistito dovrà fornire documentazione medica attestante:

- 1) Il tipo di trattamento laser da effettuare (PRK, LASIK, PTK);

- 2) I dati refrattivi preoperatori (rilevati da schiascopia cicloplegica e autorefrattometro);
- 3) le caratteristiche tecniche del trattamento da effettuare;
- 4) idonea certificazione medica attestante la patologia o l'evento traumatico causa del disturbo di rifrazione.

- **L'Art. 14. Indennità sostitutiva del rimborso delle CGA**, si intende sostituito come segue:  
Qualora il ricovero in Istituto di Cura sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde per ciascuna giornata di degenza una indennità di Euro 62=, per la durata massima di 120 giorni per anno assicurativo, per assistito e/o nucleo familiare.  
Nel caso di "grande intervento chirurgico" l'importo della diaria si intende elevato a Euro 104=.  
Non danno diritto all'indennità i ricoveri in Day Hospital.  
Sono inoltre riconosciute le spese pre e post ricovero entro i limiti previsti dalla garanzia "Ricovero in istituto di cura" Art. 2.A, con applicazione della detrazione prevista per il regime rimborsuale all'Art. 5. **Assicurazione in forma integrativa rimborsuale.**
- **L'Art. 19 "Persone non assicurabili" delle CGA**, si intende sostituito come segue:  
Non sono assicurabili con il presente contratto, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.  
Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.  
Tuttavia, in caso di insorgenza successiva alla data di effetto della presente copertura, il sinistro riguardante le seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organico cerebrali, sarà ammesso al beneficio delle prestazioni assicurative, limitatamente al primo ricovero.  
Non sono altresì assicurabili le persone che al momento della stipulazione del contratto abbiano compiuto il 65<sup>o</sup> anno di età, salvo quanto previsto al successivo art. 20.


Fermo il resto.

Emessa a Milano, in 4 esemplari ad un solo effetto, il 17 giugno 2013.



Roberto Favaretto  
Presidente  
RBM Salute S.p.A.

\_\_\_\_\_  
**FASI RAI**



**CASSA RBM SALUTE**