

OGGETTO: **CCNL CONFIMI IMPRESA MECCANICA**
PROTEZIONE COVID-19 E ALTRE SINDROMI INFLUENZALI DI NATURA
PANDEMICA PER GLI ISCRITTI A PMI SALUTE

PMI Salute - Fondo di assistenza sanitaria integrativa previsto dal CCNL Confimi Impresa Meccanica (CONFIMI ROMAGNA NEWS n. 3/2020) - ha attivato una nuova polizza a protezione della pandemia da COVID-19, di cui alleghiamo la guida e il «*modulo per la richiesta dei rimborsi*» (non ancora pubblicati su www.pmisalute.it, al momento di uscita di questo Notiziario).

In particolare, la copertura assicurativa:

- riguarda **lavoratori e familiari a carico iscritti al Fondo alla data dell'1 febbraio 2020** (con l'esclusione di quelli operanti come volontari della Protezione Civile), residenti in Italia o, ma solo se domiciliati fiscalmente nel nostro Paese, presso la propria azienda, anche all'estero;
- **decorre dall'1 febbraio al 31 agosto 2020.**

La polizza comprende:

- 1) **un'indennità per quarantena obbligatoria**, pari a € 300,00 *una tantum*;
- 2) **il ricovero per accertamenti e/o cure**, pari € 30,00 al giorno, per un massimo di 30;
- 3) **un'indennità post terapia intensiva**, pari a € 1.000,00 *una tantum*;
- 4) **un'indennità post terapia sub-intensiva**, pari a € 500,00 *una tantum*.

La garanzia è:

- operativa per i dipendenti - e relativi familiari - di **aziende in regola con la contribuzione a PMI Salute**;
- **gratuita**: i relativi costi di gestione sono a carico del Fondo.



assistenza sanitaria integrativa

Iniziativa di
Confimi Impresa Meccanica,
Fim-CISL, Uilm-UIL

Guida Breve Piano Sanitario Integrativo

Protezione COVID-19
e altre Sindromi
Influenzali
di natura pandemica

Piani assicurati da

RBM 
AssicurazioneSalute

A.

INDENNITÀ PER QUARANTENA OBBLIGATORIA

QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE

PRESTAZIONI

Erogazione di un'indennità forfettaria a seguito di quarantena obbligatoria imposta dall'Autorità Sanitaria all'assicurato a seguito di un accertamento positivo di sussistenza di COVID-19 o di altre Sindromi Influenzali di natura pandemica (ad es. a seguito di un tampone e/o di analisi di laboratorio), a prescindere dal livello di gravità dei sintomi.

INDENNITÀ FORFETTARIA

€ 300,00 una tantum

B.

RICOVERO PER ACCERTAMENTI O CURE

QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE

PRESTAZIONI

Erogazione di un'indennità giornaliera a partire dal primo giorno di ricovero presso una struttura ospedaliera del S.S.N., una struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N., una struttura autorizzata da apposita ordinanza governativa nell'ambito della gestione dell'emergenza (ad. es. ospedali militari e da campo) per accertamento e/o cura di patologie derivanti da COVID-19 o di altre Sindromi Influenzali di natura pandemica.

INDENNITÀ GIORNALIERA

€ 30,00 al giorno, max. 30 giorni

C.

INDENNITÀ POST TERAPIA INTENSIVA

QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE

PRESTAZIONI

Erogazione di un'indennità a seguito di dimissioni da un reparto di terapia intensiva operativo presso una struttura ospedaliera del S.S.N., una struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N. o presso una struttura autorizzata da apposita ordinanza governativa nell'ambito della gestione dell'emergenza (ad. es. ospedali militari e da campo) nel quale l'assicurato sia stato ricoverato per la cura di COVID-19 o di altre Sindromi Influenzali di natura pandemica.

INDENNITÀ FORFETTARIA

€ 1.000,00 una tantum

C.

INDENNITÀ POST TERAPIA SUB-INTENSIVA

QUALI PRESTAZIONI SONO PREVISTE

PRESTAZIONI

Erogazione di un'indennità «ridotta» a seguito di dimissioni da un reparto di terapia sub-intensiva o reparto assimilabile attrezzato con letti medicali ventilati e caschi respiratori operativo presso una struttura ospedaliera del S.S.N., una struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N. o presso una struttura autorizzata da apposita ordinanza governativa nell'ambito della gestione dell'emergenza (ad. es. ospedali militari e da campo) nel quale l'assicurato sia stato ricoverato per la cura di COVID-19 o di altre Sindromi Influenzali di natura pandemica.

INDENNITÀ FORFETTARIA

€ 500,00 una tantum

REGOLE OPERATIVE

Persone assicurabili

- La polizza prevede la copertura dei lavoratori e dei relativi familiari iscritti a PMI Salute alla data del 1° febbraio 2020 residenti in Italia, con la sola esclusione di lavoratori o familiari che operino come volontari della Protezione Civile. Sono considerati equiparati ai residenti in Italia i lavoratori aventi residenza all'estero ma domiciliati fiscalmente in Italia presso la propria azienda.
- Età in ingresso minima NON PREVISTA, massima 70 anni; età massima di permanenza in copertura 70 anni.
- LA COPERTURA SARÀ OPERATIVA PER I SOLI DIPENDENTI DELLE AZIENDE CON REGOLARITÀ DEI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI AL FONDO PMI SALUTE.

Regole di sottoscrizione ed esclusioni

- Non è prevista la sottoscrizione di Questionario Anamnestico.
- Non sono previste carenze.
- Pregresse incluse, con eccezione dei soli casi di Sindromi influenzali pandemiche accertate prima della decorrenza della polizza e relativi accertamenti e cure.

Durata della copertura

- Decorrenza retroattiva 01/02/2020. Scadenza 31/08/2020.

LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** reperibile sul sito internet www.pmisalute.it (sezione: Polizze sanitarie collettive - Modulistica) compilandolo in ogni sua parte ed allegando **fotocopia** della documentazione giustificativa:

1. **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera** (S.D.O.), in caso di Ricovero;
2. **per Indennità per quarantena obbligatoria: referto degli accertamenti relativi alla presenza delle sindromi influenzali di natura pandemica** e attestazione medica di quarantena obbligatoria imposta dall'Autorità Sanitaria competente;
3. **per escludere la presenza di patologie preesistenti:** certificato anamnestico e relativi referti;
4. **tutto ciò che serve** per liquidare in modo corretto i sinistri.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Ufficio Liquidazioni - Via Enrico Forlanini 24 - 31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

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

- dalla propria area riservata (www.pmisalute.it – Area riservata – Sinistri, presente nella sezione “Gestisci la tua polizza online – Fondi Sanitari Integrativi”);
- attraverso la app mobile “Citrus” di RBM Salute.

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

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

SERVIZI ACCESSORI

SERVIZIO SEGUI LA TUA PRATICA

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

L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di indennizzo. Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di indennizzo;
- predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di indennizzo;
- eventuale rifiuto della domanda di indennizzo.

CONSULTAZIONE ON-LINE - HOME INSURANCE

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

Sul sito internet (www.pmisalute.it)

Area riservata – CDA

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

Area riservata – Sinistri

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

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



Scarica la APP su:

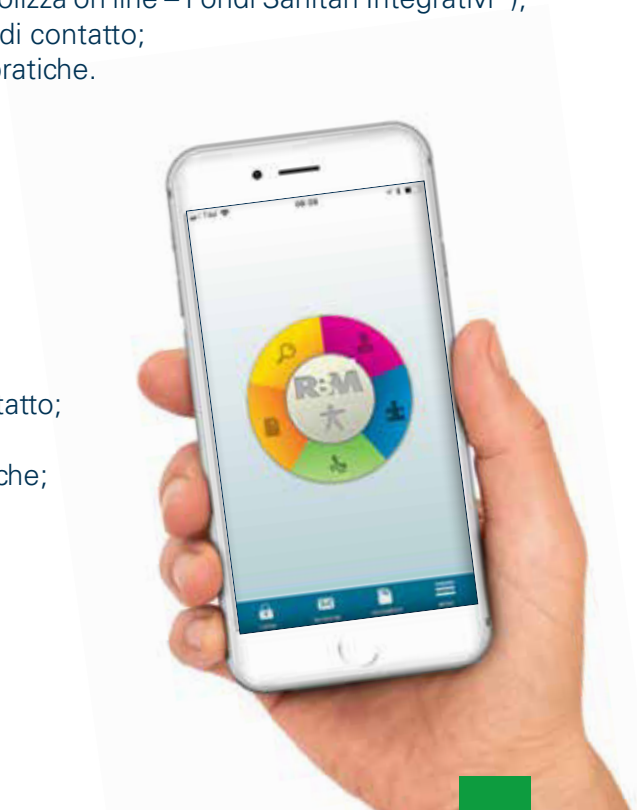


App mobile "Citrus - Pmi Salute"

Con l'app mobile "Citrus - Pmi Salute", è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto;
- visualizzare i recapiti di RBM Salute;
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche;
- inviare le richieste di indennizzo.

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





**assistenza
sanitaria
integrativa**

Iniziativa di
Confimi Impresa Meccanica,
Fim-CISL, Uilm-UIL



Email

assistenza.pmisalute@previmedical.it

Piani assicurati da

RBM
AssicurazioneSalute

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE
 (nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:

RBM ASSICURAZIONE SALUTE
Ufficio Liquidazioni (Rif: PMI SALUTE)
 Via E. Forlanini 24 – Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO	<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE
<input type="checkbox"/> Iscritto in esercizio/in attività	<input type="checkbox"/> Iscritto in Quiescenza

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
 Tel _____ Cell (*) _____
 E-mail _____ @ _____
 Azienda di appartenenza _____

(*) indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un SMS; comunicando il numero di cellulare autorizzi l'invio di sms di promemoria e scadenze delle tue pratiche.

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____
 Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ricovero in istituto di cura | <input type="checkbox"/> Medicina Preventiva |
| <input type="checkbox"/> Day Hospital/intervento chirurgico ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Indennità giornaliera da ricovero CoViD-19 |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni collegate a ricovero (pre/post) | <input type="checkbox"/> Indennità una tantum terapia intensiva CoViD-19 |
| <input type="checkbox"/> Cure oncologiche/follow up oncologico | <input type="checkbox"/> Indennità una tantum terapia sub-intensiva CoViD-19 |
| <input type="checkbox"/> Copertura per non autosufficienza | <input type="checkbox"/> Indennità da quarantena obbligatoria CoViD-19 |
| <input type="checkbox"/> Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, prestazioni terapeutiche | <input type="checkbox"/> Altro (protesi ortopediche, apparecchi acustici, indennità permanente da infortunio, ecc) |
| <input type="checkbox"/> Prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica | |

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture (NB. La documentazione deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni normative):

	N. Fattura/Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura/Ricevuta	Importo					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Totale richiesto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Compagnia avrà la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale. **Ciò non vale per le indennità da Covid-19**

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO SI*

*SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI FONDI O ASSICURATORI E RELATIVO N° DI POLIZZA

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome/Cognome Controparte: _____

Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: _____

Numero di Polizza: _____ Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

- certificato di pronto soccorso
- (in caso di incidente stradale) verbale dell'autorità giudiziaria

N° altri documenti allegati IN FOTOCOPIA (cartelle cliniche, certificati di degenza, scheda di dimissione ospedaliera, prescrizione medica contenente quesito diagnostico o patologia, altro) che sono acquisiti dalla Cassa e/o dalla Compagnia e/o da altri soggetti che appartengono alla c.d. catena assicurativa (ad es. TPA – Third Party Administrator e strutture aderenti al network convenzionato): _____

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN

Data compilazione: _____

Firma del Titolare della copertura _____

Firma del familiare _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Il sottoscritto, in relazione all'informativa già ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, conferma il consenso al trattamento dei propri dati sensibili, acquisiti o che saranno acquisiti nell'ambito degli scopi statutari della Compagnia ed alla comunicazione dei dati stessi ai soggetti indicati nell'informativa.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'interessato _____

Firma del familiare _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)