

Sussidi SALUS

Base HT3 Single - Nucleo



mutua basis assistance

1.7 DEFINIZIONI Sussidio SALUS Fascia BASE HT3

Ambulatorio: struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico chirurgiche nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale

Associato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'associazione

Sussidio: l'aiuto tempestivo, in denaro od in natura fornito all'Associato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento

Cartelle clinica: documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico

Centrale Operativa/Centrale Salute: vedi "La Centrale Salute"

Centro convenzionato/specialista convenzionato: istituto di diagnosi e/o cura – medico specialista, convenzionato con la Società, che fornisce le sue prestazioni senza richiedere anticipi o pagamenti (fatta eccezione per eventuali scoperti o franchigie previsti in polizza), in quanto le relative fatture vengono liquidate, nei limiti di quanto dovuto ai termini di polizza, direttamente dalla Società

Contributo associativo aggiuntivo: la somma dovuta dall'associato alla Società

Evento: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stata presentata l'Associazione

Titolare: il soggetto associato

Franchigia: l'importo dell'indennizzo che rimane a carico dell'associato

Gessatura: l'apparechiatura per l'immobilizzazione di una o più articolazioni, ottenuta con bende gessate oppure con fasce rigide od apparecchi ortopedici immobilizzanti, applicabile e rimuovibile unicamente da personale medico o paramedico

Indennizzo – Indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di evento

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili

Intervento chirurgico: intervento terapeutico o diagnostico realizzato tramite cruentazione dei tessuti, mediante l'uso di strumenti chirurgici nonché diatermocoagulazione, tecnica chirurgica con laser o crioterapia

Istituto di cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, alla erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano istituti di cura gli istituti

termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche

Lettera di impegno: documento che riporti gli obblighi reciproci, tra Associato e Centro convenzionato, in relazione al ricovero e con riferimento alle condizioni e garanzia.

Deve essere sottoscritta dall'Associato anteriormente all'esecuzione delle prestazioni presso i Centri convenzionati

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

Malformazione – difetto fisico: ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile

Pagamento diretto: il pagamento che la Società, in nome e per conto dell'Associato, effettua, nei limiti di quanto dovuto ai sensi del sussidio, a favore dei Centri convenzionati per le prestazioni previste delle garanzie e prese in carico dalla Centrale Salute

Presa in carico: documento che la Centrale Salute, ove previsto, su richiesta dell'Associato e dopo valutazione dell'operatività della garanzia richiesta, invia ai Centri convenzionati, con il quale la Società si impegna in nome e per conto dell'Associato, a pagare le prestazioni effettuate dai Centri convenzionati a favore dell'Associato, nei limiti di quanto dovuto ai sensi del sussidio

Ricovero: la permanenza in istituto di cura con pernottamento

Ricovero diurno (Day Hospital): la permanenza in istituto di cura senza pernottamento

Rischio: la possibilità che si verifichi l'evento

Scoperto: l'importo percentuale dell'indennizzo che rimane a carico dell'Associato

Società: Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance (d'ora innanzi anche MBA)

Stato patologico: ogni alterazione dello stato di salute conseguente a malattia od infortunio

Sussidio: l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura fornito all'Associato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento

La Centrale Salute

La Società con sede in Formello (RM), Via di Santa Cornelia, 9, provvede ad erogare direttamente le prestazioni previste nella presente regolamento, e/o per il tramite di società di servizi incaricata da MBA per la gestione delle pratiche di rimborso, le prese in carico e l'accesso al Network di strutture convenzionate.

L'Associato può prendere contatto con la Centrale Salute dal Lunedì al Giovedì dalle 08,30 alle 17,00 e il Venerdì dalle 08,30 alle 14,00, ai seguenti numeri:

Numero verde per le chiamate dall'Italia: 800.511.311

Per chi chiama dall'estero: 0331.1586744 Fax: 035.363714

oppure potrà in ogni momento scrivere a: centralesalute@mbamutua.org comunicando:

i propri dati anagrafici, il sussidio sottoscritto, il tipo di prestazione di cui necessita, il domicilio o l'indirizzo temporaneo e il recapito telefonico.

La Centrale Salute, ha il compito di attivare tutte le garanzie malattia della polizza, riceve e gestisce tutte le **denunce di sinistro** ed inoltre provvede, se possibile, a fornire:

- la "presa in carico" delle prestazioni dei Centri e degli Specialisti convenzionati, per la quale l'assicurato deve **necessariamente** rivolgersi alla Centrale Salute,
- la consulenza sulla scelta dei "Centri e specialisti convenzionati" e le relative prenotazioni,
- la consulenza assicurativa sulle garanzie di polizza

Sul sito internet della Mutua MBA www.mbamutua.org, sarà disponibile la Guida ai Centri convenzionati e anche i numeri utili per contattare la Centrale Salute.

La Guida ai centri convenzionati può essere soggetta a variazioni. Eventuali aggiornamenti della stessa saranno resi disponibili sul sito internet e informazioni in merito potranno essere richieste alla Centrale Salute.

Per informazioni sui medici specialisti convenzionati è necessario chiamare la Centrale Salute. Ogni comunicazione scritta ed eventuale documentazione andranno inviate all'indirizzo:

Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance

c/o Winsalute S.r.l.

Via Cosimo del Fante, 16

20025 Legnano (MI)

1.7.1 PERSONE ASSOCIATE

La prestazione garantisce l'associato e/o i suoi familiari nominativamente indicati in garanzia.

La copertura può essere prestata per il singolo (Formula Single) o per l'intero nucleo familiare (Formula Nucleo Familiare). Per nucleo si intende l'associato, il coniuge anche se non convivente purché non legalmente separato o il convivente more uxorio, i figli anche se non conviventi, purché a carico dell'associato fino al 26° anno di età.

1.7.2 DICHIARAZIONE RELATIVA ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Associato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo

nonché la stessa cessazione della garanzia come previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

1.7.3 GARANZIA PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente garanzia è stipulata anche per conto altrui, gli obblighi derivanti dal presente accordo devono essere adempiuti dell'associato.

1.7.4 ALTRE GARANZIE

L'Associato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre garanzie per lo stesso rischio. In caso di evento l'Associato deve darne avviso a tutti, indicando a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.

Se l'associato omette dolosamente di dare tale comunicazione la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

1.7.5 MODIFICHE DELLA GARANZIA

Le eventuali modifiche della garanzia devono essere provate per iscritto.

1.7.6 PERSONE NON GARANTITE

Non sono garantite le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o dalle seguenti infermità mentali: organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive e stati paranoici. **Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della prestazione, la garanzia cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.** Inoltre non sono associabili le persone che, alla data di inserimento in garanzia, abbiano compiuto **79 anni di età**, anche se facenti parte del nucleo familiare, con uscita obbligatoria al compimento dell'ottantesimo anno di età in concomitanza della scadenza annuale del sussidio

1.7.7 GARANZIE :

1.7.8 Ricoveri ed interventi chirurgici

- a) La Società in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, necessario da malattia o infortunio che risultino in garanzia a termini della prestazione, provvede ad indennizzare le seguenti spese inerenti al ricovero od all'intervento chirurgico:
 - accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche nei **90 giorni precedenti** il ricovero
 - rette di degenza
 - prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento
 - medicinali ed esami
 - assistenza medica e infermieristica
 - apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento
 - trattamenti fisioterapeutici e rieducativi
- b) La Società provvede inoltre al rimborso delle spese sostenute nei 90 giorni successivi al ricovero per:

- esami diagnostici e visite specialistiche
- prestazioni mediche
- trattamenti fisioterapici e rieducativi
- medicinali (con prescrizione medica)
- cure termali (escluse spese alberghiere)
- assistenza infermieristica a domicilio (post intervento) con un limite di € 26,00 al giorno e per massimo 40 giorni per evento.

• **In caso di ricovero in Struttura Sanitaria Convenzionata con la centrale Salute la Mutua MBA provvederà ad indennizzare l'Associato delle spese sostenute con applicazione di una quota di spesa a carico dello stesso pari ad € 500,00 per ogni evento, fermo restando il massimale annuo di cui al punto 1.7.12.**

• **In caso di ricovero in Struttura Sanitaria non Convenzionata con la Centrale Salute, la MBA indennizzerà l'Associato delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo non indennizzabile di € 1.000 per evento sino ad un massimo di € 2.500,00..**

Sono ricompresi gli interventi per cure dentarie derivanti da infortunio documentato, verificatosi successivamente alla stipula della garanzia, con esclusione delle spese per protesi.

1.7.9 ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI COMPRESI

(senza applicazione di scoperto o franchigia ed entro i sottolimiti indicati):

La Società, fermo restando il disposto dell'art. 1.7.16 provvede al rimborso delle spese per:

- a) Parto Cesareo e aborto terapeutico, Ricoveri o Interventi in regime di Day Hospital, fino ad un massimo complessivo per annualità di € 4.000,00
- b) Interventi ambulatoriali fino ad un limite di € 1.000 per annualità
- c) Qualsiasi altro intervento (laser, crioterapia etc) effettuato al di fuori di un istituto di cura, da personale medico
- d) Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri limitatamente a quelli effettuati:
 - in caso di ansimetropia superiore a tre diottrie
 - in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio limite di € 1.000,00 per occhio

I sottolimiti su indicati vanno intesi per annualità e per persona, se è garantito il singolo (Formula Single), o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la formula che garantisce il nucleo (Formula Nucleo familiare).

1.7.10 Parto Naturale

- a) La Società in caso di parto naturale, che risulti in garanzia a termini di garanzia, provvede all'indennizzo, entro il limite di € 2.000,00 delle seguenti spese inerenti il parto:
 - onorari del chirurgo, dell'assistente, dell'anestesia e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento
 - assistenza medica ed infermieristica, medicinali ed esami relativamente al periodo di ricovero
 - rette di degenza
 - esami clinici e strumentale ritenuti necessari dai medici per il neonato, nel periodo di permanenza nell'istituto di cura, successivamente al parto.

I sottolimiti su indicati vanno intesi per annualità e per persona, se è garantito il singolo (Formula Single) o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la formula che garantisce il nucleo (Formula nucleo familiare).

1.7.11 Indennità di degenza sostitutiva

L'Associato nel caso in cui debba essere ricoverato in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto, indennizzabili a termini di garanzia, può chiedere in sostituzione integrale del rimborso delle spese previste il pagamento di una indennità giornaliera di **€ 50 per il Sussidio Base HT3** per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 90 giorni per annualità.

L'indennità, dovuta a termini di quanto procede, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione.

1.7.12 CAPITALE GARANTITO

Il capitale annuo garantito per il complesso delle garanzie su indicate è pari alla somma complessiva di € 50.000,00 per persona per il Sussidio Base HT3 se è garantito il solo associato titolare (Formula single) o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la formula che garantisce il nucleo (Formula nucleo familiare).

1.7.13 VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI

a) La Società, **entro il sottolimito annuo** di seguito indicato, in caso di malattia o di infortunio indennizzabili ai sensi del presente sussidio, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede all'indennizzo delle spese per visite mediche specialistiche ed esami diagnostici effettuati dall'Associato, **con applicazione di uno scoperto pari al 20%, con un minimo non indennizzabile di € 80,00.**

Sono escluse dalle garanzie previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

Sottolimito annuo Sussidio Base HT3 € 1.000,00

Tale sottolimito è da intendersi per persona, se è garantito l'associato titolare (Formula Single), o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la formula che garantisce il nucleo (Formula nucleo familiare).

Qualora l'Associato desiderasse usufruire per le prestazioni su indicate di un Centro Convenzionato, dovrà richiedere la "presa in carico" della prestazione alla Centrale Salute.

Qualora l'Associato per effettuazione delle visite specialistiche e degli esami diagnostici ricorra al S.S.N., la Società provvede, dietro presentazione dell'originale delle fatture di spesa, al **rimborso del 100% delle spese per ticket entro il limite di € 200 per annualità sul Sussidio Base HT3**

Il sottolimito va inteso per persona, se è garantito l'associato titolare (Formula Single), o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la formula che garantisce il nucleo (Formula Nucleo familiare).

Per ticket con importi superiori a quelli indicati la Società, per l'eccedenza, non provvederà al pagamento.

1.7.14 ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Esami Diagnostici

- Angiografia
- Flebografia
- Scintigrafia
- Risonanza Magn. Nucleare RMN
- Artografia
- Broncografia
- Mammografia
- Mielografia
- Urografia
- Tomografia Ass.le Comp.ta TAC
- Arteriografia digitale
- Broncoscopia
- Cistografia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Radionefrogramma
- Dialisi
- Amniocentesi
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Diagnostica radiologica
- Ecografia
- Laser terapia
- Telecuore
- Gastrosocopia
- Rettoscopia
- Esofagogastroduodenoscopia
- EGDS (esofago scopia + gastroscopia + duodenoscopia)
- Radionefrogramma
- Urografia

Il limite annuo garantito per il complesso delle prestazioni su indicate è pari a:

Sussidio Base HT3 € 1.000,00

Le spese sostenute vengono rimborsate **con applicazione di uno scoperto pari al 20%, con un minimo non indennizzabile di € 80,00 per il Sussidio Base HT3** per ogni accertamento diagnostico

o ciclo di terapia. Nel caso in cui l'Associato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket **entro il limite di € 200 per annualità sul Sussidio Base HT3**

I sottolimiti su indicati vanno intesi per annualità e per persona, se è garantito il solo associato titolare (Formula Single), o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la formula che garantisce il nucleo (Formula nucleo familiare).

1.7.15 PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

a) Trasporto

La Società, in caso di necessità medica documentata, rimborsa le spese sostenute e debitamente documentate per il trasporto con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza a e da istituto di cura ad un altro, in Italia e all'estero, con una massimo di € 1.000,00 per annualità.

Il sottolimito su indicato va inteso per annualità e per persona, se è garantito il solo associato titolare (Formula Single), o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la formula che garantisce il nucleo (Formula nucleo familiare).

b) Rette accompagnatorie

La Società rimborsa le spese di vitto e pernottamento sostenute per l'accompagnatore presso l'Istituto di cura, con il limite di € 50,00 al giorno con un massimo di 20 giorni per ricovero, in Italia e all'estero.

1.7.16 RISCHI ESCLUSI

La garanzia non è operante nei casi di:

- conseguenze dirette di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione dell'accordo (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o di sostituzione di prestazioni precedenti stipulate con la Società, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme associate eccedente quelle già in corso)
- aborto volontario non terapeutico
- infortuni ed intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica)
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'associato (intendendosi invece comprese nella garanzia le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'associato stesso)
- suicidio e tentato suicidio
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner della coppia
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici
- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della garanzia

- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della garanzia)
- le cure omeopatiche, fitoterapiche e comunque la medicina alternativa in genere
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici
- le cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatesi successivamente alla stipulazione dell'accordo, sono escluse in ogni caso le protesi dentarie
- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della garanzia
- ricoveri causati dalla necessità dell'associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri di lunga degenza. Si intendono per ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni – provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti
- gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e motoristici in genere
- le conseguenze derivanti da terremoti, guerre, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche
- le conseguenze derivanti da terrorismo nucleare, biologico e chimico
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi
- le conseguenze di anoressia e bulimia
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini
- le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate.

1.7.17 DENUNCIA DELL'EVENTO, "PRESA IN CARICO" ED OBBLIGHI DELL'ASSOCIATO

a) Nel caso in cui l'Associato intenda usufruire delle prestazioni dei Centri o dei medici specialistici convenzionati deve rivolgersi alla Società o alla società incaricata da MBA, la telefonata è considerata denuncia dell'evento. Qualora l'associato sia impossibilitato a telefonare può scrivere all'indirizzo indicati nel capitolo Centrale Salute. L'operatore della Centrale Salute, di comune accordo con l'associato, provvederà alla "presa in carico" della prestazione , se possibile , presso il centro e/o il medico specialista convenzionato.

L'associato è tenuto a fornire alla Centrale Salute, ovvero alla Società, tutta la documentazione medica richiesta.

b) Qualora l'associato non si avvalga dei Centri convenzionati con la Società, in caso di sinistro, l'associato o chi per lui, deve darne comunicazione scritta alla Società, entro 30 (trenta) giorni da quando ne ha avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile. L'associato deve sottoporsi a spese della Società, ad accertamenti e controlli medici eventualmente disposti dalla stessa e fornire ogni informazione necessaria; deve produrre copia di eventuali cartelle cliniche complete, sollevando qualsiasi medico dall'obbligo del

segreto professionale. L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto d'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

1.7.18 CRITERI DI LIQUIDAZIONE :

1.7.19 Utilizzo Centri e medici specialisti convenzionati:

Nel caso di ricorso a strutture convenzionate, l'Associato delega la Società, a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dall'accordo.

Le prestazioni non sanitarie e non in convenzionamento e comunque quelle non assicurate dalla garanzia nonché l'eventuale importo in franchigia o lo scoperto saranno invece direttamente pagate dall'associato al centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica convenzionata sulla base della relativa fattura. L'associato deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra.

Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'associato deve inoltre restituire alla Società gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie, che dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili. In merito a quanto sopra l'associato sottoscriverà, anteriormente fac-simile (vd. allegato 1).

1.7.20 Utilizzo di centri non convenzionati con la Società:

nel caso in cui l'Associato non si avvalga dei Centri convenzionati con la società, questa provvede al rimborso delle spese sostenute dall'Associato, nei limiti di garanzia, secondo le seguenti modalità: il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata su presentazione degli originale della documentazione medica e delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, al netto di eventuale importo in franchigia o dello scoperto. La società restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'associato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso la società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente garanzia dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero, dove vige l'Euro, i rimborsi verranno eseguiti in Italia e in Euro. Per i paesi non aderenti all'Euro, il cambio sarà quello medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Associato, ricavato dalle quotazioni dell'ufficio italiano dei cambi.

1.7.21 Indennità di degenza sostitutiva:

nel caso di richiesta di corresponsione dell'"Indennità di degenza sostitutiva", il pagamento dell'indennizzo verrà effettuato al termine del ricovero su presentazione di copia conforme della cartella clinica completa.

1.7.22 PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO ASSOCIATIVO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Fermo il disposto del successivo Art. 1.7.23, "Decorrenza della garanzia ai termini di aspettativa", la garanzia ha effetto dalle ore 24 del giorno dalla ratifica indicato ovvero dalle ore 24 del giorno di iscrizione al libro dei soci, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento, se successivo a tale data. Se l'Associato non paga la prima rata di

contributo o le rate successive , la garanzia resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo la scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento , ferme le successive scadenze.

1.7.23 DECORRENZA DELLA GARANZIA AI TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- a) per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto la garanzia
- b) per le malattie: dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto la garanzia
- c) per il parto e le malattie da puerperio: dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto la garanzia
- d) per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla stipulazione della garanzia: 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto la garanzia
- e) per le malattie dipendenti da gravidanza: dal 60° giorno successivo a quello di effetto della garanzia, a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto della garanzia stessa.

Nell'eventualità di future variazioni intervenute nel corso della presente garanzia, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le somme garantite eccedenti e le diverse persone o prestazioni garantite, ovvero dalla data di sottoscrizione del primo questionario anamnestico.

Qualora la presente garanzia sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, ovvero senza alcuna interruzione della copertura di garanzia riguardanti gli stessi associati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano dal giorno in cui aveva effetto la garanzia precedente.

1.7.24 LIMITI TERRITORIALI

La garanzia è valida in tutto il mondo, fermo restando che gli indennizzi vengono liquidati in Italia ed in valuta avente corso legale in Italia.

1.7.25 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi alla garanzia sono a carico dell'Associato.

1.7.26 DETERMINAZIONE DEL CONTRIBUTO ASSOCIATIVO

Il contributo associativo annuo è definito per tutta la durata della Convenzione.

1.7.27 Variazioni avvenute in corso di anno: inclusione/esclusione assistiti

Le prestazioni dei sussidi valgono per le persone comunicate dall'Associato secondo quanto indicato nel punto 1.7.1. – Persone Associate.

Eventuali variazioni del nucleo familiare dell'Associato comportano la contemporanea ed automatica inclusione/esclusione alle prestazioni garantite dai sussidi.

In caso di decesso dell'Associato le prestazioni dei sussidi resteranno in vigore fino alla successiva scadenza contrattuale a favore del nucleo familiare dell'estinto.

1.7.28 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia, a favore dell'Associato e dei suoi aventi diritto, al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

1.7.29 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1.7.30 TACITA PROROGA

In mancanza di comunicazione di non rinnovo , ricevuta mediante lettera raccomandata spedita almeno 90 giorni prima della scadenza , il sussidio sarà automaticamente rinnovato per un altro anno e così successivamente , a fronte del relativo pagamento .

Norme relative al KIT HOME TEST

Per promuovere la prevenzione dei propri Soci, la Società, in virtù della sottoscrizione del Sussidio, farà omaggio al Socio di uno o più kit di autodiagnosi denominato Prima Test. Per ogni Sussidio è previsto l'invio al domicilio dell'Associato **n° 2 home test.**

Se Uomo: PROSTATA

Se Donna: TIROIDE

**In aggiunta per entrambi i sessi: COLESTEROLO
(o in mancanza FERRO-COLON RETTO)**

La diagnosi si effettua in totale autonomia in soli tre minuti ovunque si voglia, a partire da una goccia di sangue ottenuta con il pungidito indolore in dotazione nel pacchetto; la test card fornisce indicazioni chiare sullo stato di salute.