



REGOLAMENTO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA RISERVATO AGLI ISCRITTI ALL'ASSOCIAZIONE CONSULENTI TERZIARIO AVANZATO

PIANO ASSISTENZIALE PLUS

Il presente regolamento è riservato agli iscritti all'Associazione Consulenti Terziario Avanzato (di seguito ACTA), entra in vigore il 1° gennaio 2017 e sostituisce il regolamento precedentemente in vigore.

1. ADESIONI

1.1 L'iscritto ad ACTA, esercitante un'attività di lavoratore autonomo, di età inferiore ai **65 anni**, in seguito alla sottoscrizione della domanda di adesione, potrà richiedere l'iscrizione a INSIEME SALUTE per usufruire delle assistenze sanitarie di seguito riportate. Alla domanda di iscrizione dovrà essere allegato attestato di iscrizione ad ACTA ovvero la richiesta di iscrizione dovrà pervenire a Insieme Salute attraverso ACTA.

1.2 La chiusura dell'attività di lavoro autonomo, che il socio è tenuto a comunicare immediatamente a Insieme Salute, comporta la contestuale cessazione dell'assistenza prevista dal successivo punto 10 "Sussidio di malattia" e, con la fine dell'anno in corso, anche la cessazione delle altre assistenze previste dal presente Regolamento.

2. ADESIONE FAMILIARI

2.1 Gli iscritti, di cui all'articolo precedente, potranno chiedere l'iscrizione dei seguenti familiari: figli o affiliati, coniuge o convivente *more uxorio*, genitori che potranno usufruire delle opzioni di cui ai seguenti punti 2.2 o 2.3. In questo caso è obbligatoria l'adesione dell'intero nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia (compresi conviventi e affiliati) ed eventualmente dei genitori.

2.2 **Opzione Base:** L'adesione è limitata a quanto previsto dalle sezioni "Sussidio di malattia" (art. 10), "Sussidio di ricovero" (art. 12), "Assistenza da centrale telefonica" (art. 17) e "Card salute" (art. 18).

2.3 **Opzione Plus:** L'adesione è limitata a quanto previsto dalle sezioni "Sussidio di malattia" (art. 10), "Ricovero" (art. 12), "Diagnostica e specialistica ambulatoriale" (art. 13), "Card salute" (art. 16) e "Assistenza da centrale telefonica" (art. 17). Possono aderire all'Opzione Plus i familiari che non abbiano compiuto il 60° anno di età.

2.2 L'iscrizione dei familiari è opzionale, potrà essere richiesta dall'interessato con la domanda di iscrizione, allegando lo stato di famiglia o autocertificazione che attesti la composizione del nucleo familiare.

2.3 L'eventuale successiva aggiunta di familiari potrà avvenire soltanto con decorrenza dal 1° gennaio successivo alla richiesta scritta, salvo la possibilità di aggiungere il neonato (entro 30 giorni dalla nascita) e il coniuge (entro 30 giorni dal matrimonio).

3. CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

3.1 I contributi associativi annui per ogni aderente sono i seguenti:

- iscritto ad ACTA € **477,00**
- ogni familiare (con *Opzione Base*) € **12,00**
- coniuge o genitore (con *Opzione Plus*) € **375,00**
- figlio (con *Opzione Plus*) € **225,00**
- figlio con meno di 14 anni (con *Opzione Plus*) € **187,00**

Al momento dell'iscrizione ogni aderente dovrà inoltre versare la tassa di ammissione di **10,00 €** (una tantum).

3.2 I contributi possono essere versati in unica soluzione entro il 31 gennaio di ogni anno ovvero in due rate uguali con scadenza 31 gennaio e 30 giugno. Gli aderenti in epoche diverse dal 1° gennaio verseranno tanti dodicesimi del contributo annuo quanti sono i mesi che separano il momento dell'adesione al 31 dicembre.

4. CERTIFICAZIONI

4.1 Insieme Salute metterà a disposizione annualmente, ad ogni aderente, la certificazione relativa ai contributi associativi corrisposti ai fini della detraibilità fiscale.

Insieme Salute metterà inoltre a disposizione un riepilogo dei rimborsi effettuati.

5. VALIDITA'

5.1 Tutte le iscrizioni hanno decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello della presentazione della domanda di ammissione e contestuale pagamento dei contributi dovuti.

5.2 In ogni caso l'adesione e la possibilità di ottenere le prestazioni di Insieme Salute previste dal presente Regolamento cessano al termine dell'anno solare in cui l'associato ha compiuto **65 anni di età**, ferma la possibilità di prosecuzione associativa di cui al successivo art. 8.

5.3 L'adesione a Insieme Salute scade al 31 dicembre di ogni anno e, a norma di statuto sociale, si intende **automaticamente rinnovata** anche per l'anno successivo (con relativo obbligo di versamento dei contributi) **salvo disdetta da inviare entro il 31 ottobre** con raccomandata ar.

5.4 Il socio è assistibile dalle ore 24,00 del giorno di decorrenza dell'iscrizione in caso di infortunio e **dopo 30 giorni** in caso di malattia.

6. RIMBORSI

6.1 I sussidi e i rimborsi previsti da questo Regolamento vanno richiesti a INSIEME SALUTE tramite posta, fax o attraverso i servizi di *Insieme Salute Online* (si veda successivo art. 18) oppure direttamente presso gli sportelli di Insieme Salute. Le liquidazioni avverranno con bonifico bancario sul c/c dell'associato.

Il diritto a richiedere il rimborso di spese sostenute decade trascorsi **90 giorni** dall'effettuazione della relativa prestazione. Il diritto a richiedere i sussidi di ricovero decade trascorsi 90 giorni dal termine della degenza ospedaliera.

7. DOCUMENTAZIONE

7.1 INSIEME SALUTE si riserva la facoltà di richiedere ogni documentazione clinica utile per procedere al rimborso a norma del presente regolamento.

8. PROSECUZIONE

8.1 Gli associati hanno facoltà di proseguire il loro rapporto associativo con Insieme Salute anche dopo i 65 anni di età. In questo caso potranno aderire alle forme di assistenza previste per i soci "individuali" denominate "Ricoveri standard" e "Diagnostica e specialistica ambulatoriale" che sono sottoposte a limiti di età all'entrata, con le opzioni previste per l'età in cui il socio è entrato in Insieme Salute acquisendo la forma di assistenza di cui al presente Regolamento e mantenendo i diritti acquisiti dall'anzianità associativa. Analogamente potrà proseguire l'adesione per i familiari aderenti con *Opzione Plus* mentre i familiari aderenti con *Opzione Base* potranno proseguire la loro adesione a Insieme Salute compatibilmente all'età maturata al momento della "prosecuzione".

9. STATUTO SOCIALE

9.1 Tutto quanto non espressamente richiamato nel presente regolamento, è disciplinato dallo statuto sociale di INSIEME SALUTE.

PRESTAZIONI

10. SUSSIDIO DI MALATTIA

10.1 I soci affetti da malattia con decorso domiciliare possono richiedere, a titolo di rimborso forfetario di spese sanitarie sostenute, l'erogazione di un **sussidio giornaliero pari a € 40,00**.

Il sussidio è previsto in caso di malattia o infortunio (a tutti gli effetti parificato alla malattia) a partire **dal decimo giorno** di calendario dall'inizio dell'evento e per un massimo di 120 giorni all'anno (o rapportati ad anno qualora l'iscrizione sia di durata inferiore all'anno) e salvo quanto previsto dai successivi articoli 10.8, 10.9, 10.10.

10.2 I giorni di un eventuale ricovero ospedaliero precedenti alla malattia con decorso domiciliare, vengono computati come giorni di carenza (ad esempio: 5 giorni di ricovero seguiti da 20 giorni di convalescenza, determineranno un sussidio di malattia di 16 giorni, oltre al sussidio di ricovero di 5 giorni).

10.3 In nessun caso è erogabile un sussidio oltre il termine dell'associazione alla Mutua.

10.4 In caso di malattia l'assistito deve restare al proprio domicilio per i tempi prescritti dal medico curante o presso eventuale altra sede da comunicare a Insieme Salute contestualmente alla denuncia di malattia di cui al successivo art. 10.7.

La mancata osservanza di tali norme comporta la perdita del diritto al sussidio.

10.5 INSIEME SALUTE si riserva il diritto di effettuare controlli tramite propri medici fiscali, al fine di verificare il reale stato di salute del Socio.

Il rifiuto da parte del Socio di sottoporsi a detti controlli o ad altri accertamenti sanitari richiesti da INSIEME SALUTE, comporta la decadenza del diritto al sussidio giornaliero per il caso di malattia in corso.

10.6 Ai fini dei controlli medico fiscali, le fasce orarie di reperibilità sono dalle ore 9,00 alle ore 11,00 e dalle ore 14,00 alle ore 17,00.

In caso di non reperibilità e perciò di assenza ingiustificata, il restante periodo di malattia non sarà indennizzato. Il sussidio potrà essere riattivato qualora l'assenza sia giustificata: si adotta la normativa INPS in materia.

10.7 In caso di malattia il Socio o chi per esso, deve comunicare a INSIEME SALUTE anche telefonicamente, **entro 48 ore**, l'inizio dello stato di malattia ed inviare **entro 3 giorni** la denuncia, con certificato del medico curante, firmato e timbrato dallo stesso con le seguenti indicazioni obbligatorie: data di inizio malattia, data di compilazione del certificato, diagnosi e prognosi.

Così dicasi nel caso in cui l'evento comporti una continuazione di inabilità lavorativa oltre i tempi fissati dal medico curante all'insorgere dello stesso.

Terminati i tempi di prognosi certificati dal medico curante, il periodo di inabilità lavorativa si ritiene terminato e pertanto indennizzabile nel rispetto delle norme fissate nel presente regolamento.

Qualora l'inabilità lavorativa abbia termine prima del periodo prognosticato dal medico curante, il Socio è tenuto a darne immediata comunicazione scritta alla Mutua.

10.8 In ogni caso, per le malattie tumorali, varicose ed erniopatiche, il sussidio viene erogato dopo 180 giorni dalla data dell'ammissione alla Mutua.

10.9 Oltre a quanto previsto dal successivo art. 16 **il sussidio giornaliero non è comunque erogabile nei casi di:**

a) malattie tubercolari;

b) inabilità derivante da stato di gravidanza o post-parto (l'esclusione riguarda ogni patologia o stato fisico derivante o connesso alla gravidanza e al parto);

c) malattie nervose, neurovegetative e/o mentali. Fanno eccezione e danno diritto al sussidio come previsto negli articoli precedenti, gli episodi di sindrome ansiosa o di crisi di panico, limitatamente al loro primo insorgere e per un periodo massimo di 15 giorni;

d) infortuni e patologie ad essi conseguenti se indennizzati dall'INAIL.

10.10 I casi di eventi recidivanti ed i casi di eventi morbosi cronici o morbosi temporanei che assumono carattere cronico, sono assistiti al loro primo insorgere dalla Mutua una volta tanto e solamente per un periodo massimo complessivo di 120 giorni per tutto il periodo di associazione.

10.11 Il sussidio di malattia è concesso anche nel caso di **grave malattia con decorso domiciliare contratta da un familiare iscritto**. Il sussidio è erogabile per malattie o la conseguenza di infortuni che richiedano assistenza continua e per un massimo di 20 giorni all'anno. La malattia di carattere acuto è assistibile dal decimo giorno di prognosi, le malattie croniche e terminali sono assistibili una tantum.

In ogni caso l'assistenza per i familiari è usufruibile soltanto se la malattia è insorta dopo l'iscrizione a Insieme Salute.

10.12 Le caratteristiche della malattia del familiare (diagnosi e prognosi) devono essere certificate dal medico curante o dall'ente ospedaliero di riferimento.

Anche per il familiare valgono le modalità di comunicazione a Insieme Salute e di controllo previste nei punti precedenti.

11. ASSEGNO DI GRAVIDANZA

11.1 Alle socie in gravidanza Insieme Salute eroga, in sostituzione del sussidio giornaliero di cui al precedente art. 10, un assegno di € **400** a condizione che la gestazione abbia superato la ventiquattresima settimana.

L'assegno è riconosciuto indipendentemente dall'esito della gravidanza e non verrà maggiorato in caso di parto gemellare.

11.2 Per ottenere l'assegno di gravidanza le socie interessate dovranno inviare a Insieme Salute certificazione medica attestante il periodo di gestazione.

Hanno diritto all'assegno di gravidanza soltanto le socie iscritte a Insieme Salute prima dell'inizio della gestazione.

11.3 Gravidanza a rischio

Nel caso di gravidanza a rischio (situazione che si sia protratta per oltre 30 giorni consecutivi) la socia ha diritto ad un ulteriore assegno di € **400**.

La gravidanza a rischio è sussidiabile se certificata entro la ventiseiesima settimana di gestazione.

Lo stato di gravidanza a rischio deve essere documentato con certificazione di idoneo ente pubblico.

12. RICOVERI

12.1 Ricoveri a pagamento per grandi interventi chirurgici

I soci sottoposti agli interventi di alta chirurgia, compresi nell'elenco (*allegato A*), hanno diritto al rimborso delle spese relative al ricovero (degenza, sala operatoria, medici, esami, farmaci, ecc.) fino a un massimale di € 50.000 per anno e per persona.

Sempre nel limite del massimale previsto, in caso di ricovero in clinica convenzionata e usufruendo di medici convenzionati il rimborso sarà completo ovvero nella misura prevista dalla singola convenzione. Utilizzando cliniche e/o medici non convenzionati i rimborsi saranno calcolati applicando quanto previsto dal tariffario di Insieme Salute (*allegato B*).

Sono escluse dal rimborso le spese extra (telefono, bar, pernottamento e pasti di parenti ecc.).

12.2 Altri ricoveri a pagamento

Per i ricoveri a pagamento diversi da quelli previsti al punto *a* (ricoveri in clinica privata o nelle camere a pagamento degli ospedali pubblici e "accreditati") rimborso giornaliero omnicomprendente fino a € 150, elevato a € 200 in caso di ricovero per l'accertamento e il trattamento medico e/o chirurgico delle neoplasie maligne.

I ricoveri per terapie riabilitative sono ammessi nei seguenti casi e nel limite sottoriportato:

- situazioni successive ad interventi chirurgici sull'apparato locomotore in cui sia impedita la deambulazione o situazioni cliniche che interessano la mobilità e in cui sia determinante la necessità di controlli clinici;
- situazioni successive ad altri interventi chirurgici solo quando l'intervento riabilitativo richieda una stretta sorveglianza medica o strumentale.

Il ricovero è rimborsabile per un massimo di € 50 giornalieri omnicomprendenti fino a 15 giorni per ogni caso.

12.3 Ricoveri a carico del Servizio Sanitario Nazionale

(corsia comune e ogni altro ricovero gratuito)

- diaria giornaliera in ospedali in Italia	€ 26
- diaria giornaliera in ospedali all'estero	€ 52
- diaria giornaliera in ospedali all'estero per alta chirurgia	€ 104

Le diarie di cui sopra non sono erogabili qualora l'interessato richieda qualsiasi rimborso relativo a prestazioni effettuate durante lo stesso ricovero.

12.4 NORME PER OTTENERE LE PRESTAZIONI E LIMITAZIONI

Comunicazione di ricovero

Ricoveri a carico SSN

Per tutti i ricoveri a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale non deve essere data alcuna comunicazione preventiva a Insieme Salute.

Ricoveri a pagamento

Ogni ricovero in struttura sanitaria a pagamento deve essere comunicato preventivamente a Insieme Salute inviando la proposta di ricovero redatta dal medico curante o dallo specialista, con le motivazioni del ricovero, i dati clinici e le notizie anamnestiche di rilievo.

Insieme Salute autorizza al ricovero con la propria assistenza, per le motivazioni indicate nella richiesta medica. Tale autorizzazione non esclude il successivo accertamento dell'ammissibilità del ricovero in considerazione di eventuali cause di esclusione stabilite dal presente regolamento.

Ricoveri urgenti

Il ricovero d'urgenza in strutture a pagamento (senza preventiva comunicazione) è giustificato dalla comparsa di un quadro clinico acuto che, per la sua entità o il possibile insorgere di gravi e imminenti complicazioni, renda inadeguata l'assistenza a domicilio.

Il ricovero d'urgenza deve essere notificato al Insieme Salute entro tre giorni dal suo verificarsi.

Ricoveri per cure mediche

Insieme Salute interviene nei casi di ricovero per cure mediche (senza intervento chirurgico) quando il socio sia affetto da forme patologiche che per entità del quadro clinico, incertezza diagnostica o problemi terapeutici, comportino controlli e assistenza medica continuativa non effettuabili a domicilio.

Day hospital

Il ricovero in regime di *day hospital*, è riconosciuto esclusivamente nei casi di intervento chirurgico (*day surgery*) o di prestazioni chemioterapiche.

Documentazione per ricoveri a pagamento

Al termine di ogni ricovero a pagamento l'associato è tenuto a produrre la seguente documentazione:

- cartella clinica completa di anamnesi e del diario clinico (se in lingua estera con relativa traduzione);
- fatture di spesa e notule mediche rimaste effettivamente a carico dell'associato.

Documentazione per ricoveri Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri completamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, sarà sufficiente il certificato di degenza dell'ospedale con evidenziati la data di ricovero, quella di dimissione, nonché la diagnosi medica circostanziata.

Rimborso delle spese di ricovero e corresponsione delle diarie

Il rimborso delle spese sostenute o di parti di esse avverrà sulla base della documentazione finale che dimostri corrispondenza e congruità con i dati clinici esposti nella proposta di ricovero, con l'eccezione dell'accertamento di una diversa grave patologia o la comparsa di complicazioni.

Il giorno di ingresso e quello delle dimissioni verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

Ogni ricovero in day-hospital è considerato come una giornata.

Istituti autorizzati

E' assistibile il ricovero in ospedale, clinica, istituto universitario o casa di cura autorizzato dalle competenti autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche con prevalenti finalità dietologiche e/o estetiche.

Assistibilità

Il socio è assistibile per un massimo di 90 giorni di degenza per anno associativo.

In caso di rimborso delle spese sostenute per il ricovero (anche in forma di ticket sanitario) non potrà essere corrisposta alcuna diaria.

Familiari con Opzione Base

Il sussidio è erogabile anche in caso di ricovero di un familiare iscritto con *Opzione Base* per degenze superiori ai 10 giorni e per un massimo di 20 giorni all'anno per ogni socio. L'assistenza per i familiari è usufruibile soltanto se la malattia è insorta dopo l'iscrizione a Insieme Salute.

Anticipazioni

12.5 Nel caso di ricovero che preveda rilevanti spese a carico del socio, il Consiglio di Amministrazione di Insieme Salute, a suo insindacabile giudizio, potrà disporre un anticipo di parte del rimborso prima della completa definizione della pratica.

13. DIAGNOSTICA E SPECIALISTICA AMBULATORIALE

13.1 Esami di laboratorio e indagini diagnostiche: se eseguiti in strutture convenzionate con Insieme Salute, rimborso dell'80% delle spese effettivamente sostenute e documentate; se eseguiti in strutture non convenzionate rimborso in base al tariffario di Insieme Salute.

13.2 Visite specialistiche private: rimborso delle visite specialistiche ambulatoriali secondo le specialità e prevista dal tariffario di Insieme Salute (*allegato B*).

13.3 Altre prestazioni ambulatoriali: per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale comprese nel Decreto del Ministero della Sanità del 22/7/96 e successive modificazioni ed integrazioni (piccola chirurgia, medicazioni e altre prestazioni specialistiche effettuate dal medico) se eseguite in strutture convenzionate con Insieme Salute, rimborso dell'80% delle spese effettivamente sostenute e documentate; se eseguite in strutture non convenzionate rimborso dell'80% del tariffario di Insieme Salute.

Per i seguenti interventi chirurgici eseguiti ambulatorialmente "Escissione della cataratta" e "Liberazione del tunnel carpale" è previsto un rimborso massimo omnicomprensivo (vedi tariffario di Insieme Salute) indipendentemente dal tipo di struttura (in rete o fuori rete) in cui l'intervento viene effettuato.

13.4 Ticket: rimborso al 100% di ogni ticket pagato alle strutture sanitarie pubbliche o accreditate dalle Regioni per prestazioni specialistiche ambulatoriali definite nei precedenti punti 13.1, 13.2, 13.3. Sono inoltre rimborsabili i ticket corrisposti per prestazioni di pronto soccorso.

13.5 Assistenza odontoiatrica (solo in caso di evento traumatico e con l'esclusione dei traumi provocati colposamente da terzi): rimborso fino a 2.500 euro per protesi fisse che necessitino di impianti endoossei. Il contributo per ogni singolo elemento non potrà superare 250 €. Quando non è possibile applicare la protesi fissa con impianto endoosseo, il rimborso massimo è di 500 € con il massimo di 50 € per ciascun elemento.

13.6 Assistenza diretta: le prestazioni sanitarie ammesse dal presente regolamento ed eseguite presso strutture convenzionate con Insieme Salute in forma diretta sono a carico della Mutua secondo le modalità definite in ogni convenzione.

Per i seguenti interventi chirurgici eseguiti ambulatorialmente "Escissione della cataratta" e "Liberazione del tunnel carpale" l'assistenza di Insieme Salute con il limite massimo omnicomprensivo indicato nel tariffario di Insieme Salute.

13.7 NORME PER OTTENERE LE PRESTAZIONI E LIMITAZIONI

Per ottenere il rimborso delle prestazioni di diagnostica e specialistica ambulatoriale il Socio deve presentare a Insieme Salute, la seguente documentazione:

Prestazioni di strutture private: fotocopia delle fatture di spesa e dettaglio degli esami eseguiti, prescrizione medica (può essere sia del medico di base che dello specialista) con l'indicazione dettagliata degli esami da eseguire. La prescrizione dovrà inoltre contenere la diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia per cui vengono richiesti gli esami. Non sono ritenute valide come diagnosi diciture del tipo "controllo", "accertamenti", "prevenzione" e simili, se non accompagnate da ulteriore specifica.

Prestazioni di strutture pubbliche o accreditate dalle regioni: copia delle ricevute comprovanti il pagamento del ticket, copia della prescrizione medica come sopra precisato.

Visite specialistiche private: copia della parcella del medico specialista da cui risulti chiaramente il tipo di visita, la specialità del medico, la data in cui la visita è stata effettuata e l'importo corrisposto. Non sono rimborsabili le visite per una specialità diversa dalla specializzazione del medico che le effettua.

La parcella dovrà riferirsi a una sola visita. Nel caso in cui si riferisca a più visite, ne verrà sempre rimborsata una sola.

Prestazioni odontoiatriche: fattura e certificato con descrizione dell'intervento eseguito redatta dal medico odontoiatra, certificato di ente ospedaliero o pronto soccorso attestante natura ed entità del trauma.

Prestazioni in forma diretta: per ottenere le prestazioni in forma diretta il socio dovrà preventivamente contattare gli uffici di Insieme Salute da cui riceverà la necessaria consulenza oppure potrà utilizzare il servizio *Insieme Salute Online* (si veda successivo art. 18). Se richiesto Insieme Salute potrà procedere alla prenotazione della prestazione.

INSIEME SALUTE - Società di mutuo soccorso

20146 Milano Viale San Gimignano, 30/32 Tel. 02.3705.2067 Fax 02.3705.2072

email: info@insiemesalute.org web: www.insiemesalute.org

14. SUSSIDI STRAORDINARI

14.1 Sussidio per evento invalidante

In caso di evento invalidante che impedisca la specifica attività lavorativa del socio (ad es. inibendo l'uso degli arti o della vista quando essenziali per quell'attività) per un periodo superiore ai 20 giorni è concesso un contributo straordinario di € 500 una tantum.

Lo stato patologico deve essere certificato dallo specialista che segue il caso o dall'ente ospedaliero presso cui il socio è in cura.

La certificazione di cui al comma precedente deve essere inviata a Insieme Salute entro cinque giorni dal momento in cui si è verificato l'evento.

14.2 INSIEME SALUTE si riserva il diritto di effettuare controlli tramite propri medici fiscali, al fine di verificare il reale stato di salute del Socio.

Il rifiuto da parte del Socio di sottoporsi a detti controlli o ad altri accertamenti sanitari richiesti da INSIEME SALUTE, comporta la decadenza del diritto al sussidio.

14.3 Sostegno alla perdita dell'autosufficienza

In caso di sopravvenuto stato di non autosufficienza, i soci, iscritti da almeno 12 mesi, potranno usufruire di un sussidio straordinario denominato "sostegno alla perdita dell'autosufficienza".

14.4 Il sussidio è erogabile in caso di impossibilità fisica, totale, permanente e clinicamente accertata, di poter compiere in maniera autosufficiente almeno tre dei sei seguenti atti elementari del vivere quotidiano: nutrirsi, lavarsi, vestirsi e svestirsi, essere continenti, usare correttamente i servizi igienici, spostarsi.

14.5 Lo stato di non autosufficienza può essere causato da infortunio, malattia o senescenza, ivi compreso il morbo di Alzheimer e tutte le altre forme di demenza senile che causano la perdita irreversibile delle capacità mentali.

14.6 Per ottenere il sussidio i familiari del socio devono farne richiesta a Insieme Salute inviando un certificato del medico curante che attesti la perdita della capacità di svolgere autonomamente almeno tre dei citati atti elementari del vivere quotidiano, specificando l'origine accidentale o patologica dell'affezione che ha causato la perdita dell'autosufficienza.

14.7 Insieme Salute si riserva la possibilità di effettuare una visita fiscale con un proprio medico di fiducia.

14.8 Al momento della richiesta di sussidio, lo stato di non autosufficienza, come sopra precisato, deve essersi manifestato da almeno sei mesi.

14.9 Il sussidio è erogabile una tantum ed esclusivamente al suo primo insorgere.

15.10 Il sussidio erogabile per singolo caso è di **2.500 euro**.

14.11 I sussidi straordinari sono cumulabili con gli altri sussidi e rimborsi previsti dal presente Regolamento.

15. ESCLUSIONI

relative a tutte le forme di assistenza descritte in precedenza

15.1 Gli associati **non possono essere assistiti da Insieme Salute per le malattie, nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste eziopatogenicamente rapportabili, preesistenti alla data della loro iscrizione.**

Lo stato di sieropositività HIV al momento dell'iscrizione a Insieme Salute esclude ogni assistenza anche all'insorgere in forma conclamata di AIDS.

Le cure, le analisi e i ricoveri conseguenti a gravidanza in corso al momento dell'iscrizione, non sono in nessun caso assistibili.

15.2 Le esclusioni di cui al precedente articolo 15.1 non sono applicabili dopo cinque anni di iscrizione ininterrotta del socio.

15.3 Sono sempre escluse: le malattie nervose e/o mentali; le malattie congenite, le malattie e/o gli infortuni provocati da fatti colposi di terzi, le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni, le conseguenze del tabagismo, le prestazioni eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up), le cure estetiche, le malattie e/o gli infortuni derivanti da risse ed ubriachezza, da maneggio di armi o da manifesta imprudenza, le malattie e/o

gli infortuni causati da competizioni sportive agonistiche, le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni di nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o di esposizione a radiazioni ionizzanti, le conseguenze di guerre, insurrezioni, atti di terrorismo, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche.

15.4 Non sono rimborsabili, le cure e le visite dentistiche (sono invece comprese le indagini di tipo diagnostico), le terapie farmacologiche, ogni tipo di vaccinazione, l'applicazione di spirali, gli accertamenti e le cure contro la sterilità, le indagini diagnostiche pre maternità e pre paternità, le visite psicologiche e psichiatriche, le visite medico sportive, le iniezioni e altre prestazioni infermieristiche, le cure termali e le terapie fisiche (come fisiokinesiterapia, inoforesi, iontoforesi, ultrasuoni, marconiterapia, radar, forni, elettrostimolazioni, massoterapia, ginnastica, magnetoterapia, fitoterapia, tens, rebox, laser, manipolazioni e altre prestazioni analoghe).

16. CARD SALUTE

16.1 A ogni Socio sarà fornito il tesserino personalizzato di Insieme Salute che consente di ottenere dalle strutture convenzionate le condizioni di miglior favore concordate in convenzione. Il tesserino è un documento personale che non può essere ceduto e che va esibito unitamente a un documento di riconoscimento. La mancata esibizione del tesserino comporta l'applicazione, da parte della struttura sanitaria convenzionata, delle tariffe ordinarie.

17. ASSISTENZA DA CENTRALE TELEFONICA

17.1 Struttura operativa

I servizi sono prestati da IMA (Inter Mutuelles Assistance) Servizi srl con una struttura costituita da medici, tecnici e operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che eroga le prestazioni di seguito specificate.

17.2 Consulenza medica telefonica

Qualora l'Associato necessiti valutare il proprio stato di salute, potrà contattare 24h24 i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

17.3 Invio di un medico in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica (vedi prestazione 15.2), l'Associato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Associato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi per un massimo di 3 volte all'anno.

17.4 Invio di autoambulanza

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza Medica (vedi prestazione 15.2), l'Associato necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Associato nel centro medico più vicino. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico i costi del percorso complessivo (andata/ritorno). La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

17.5 Invio medicinali

Qualora l'Associato, a seguito di sinistro, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Associato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

17.6 Ricerca infermiere in Italia

Qualora a seguito di infortunio e/o malattia, l'Associato, necessiti di essere assistito da personale specializzato (infermieristico o assistenziale), la Struttura Organizzativa provvederà alla loro ricerca. La disponibilità del personale specializzato è garantita 24h24 ed i relativi costi restano a carico dell'Associato. La prestazione viene fornita con un preavviso di 24 ore e per un massimo di 3 volte all'anno.

INSIEME SALUTE - Società di mutuo soccorso

20146 Milano Viale San Gimignano, 30/32 Tel. 02.3705.2067 Fax 02.3705.2072

email: info@insiemesalute.org web: www.insiemesalute.org

17.7 Servizio spesa a casa in Italia

Qualora l'Associato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di infortunio indennizzabile, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare la consegna presso la sua abitazione di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana. Rimangono a carico dell'Associato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

17.8 Rientro sanitario

Qualora l'Associato ricoverato presso un centro ospedaliero a seguito di infortunio o malattia, e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura Organizzativa, ritengano necessario un trasferimento in un Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia, allo scopo di assicurare una cura adeguata alle condizioni del paziente, la Struttura Organizzativa definirà le modalità del rientro e provvederà a:

- organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo idoneo: aereo sanitario; aereo di linea (anche barellato); ambulanza; treno /vagone letto. Il trasferimento dell'Associato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica). Da tutti gli altri paesi il trasferimento avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato;
- assistere il paziente, se necessario, durante il rientro con personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di € 15.000,00 (Iva Inclusa) per sinistro.

Non danno luogo al trasferimento: le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie; gli infortuni e le malattie che non impediscano all'Associato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e che possano essere curate sul posto."

17.9 Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Associato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

17.10 Assistenza ai familiari

Nel caso di ricovero ospedaliero o di trasferimento sanitario dell'Associato e qualora gli altri familiari associati intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di pernottamento in loco e prima colazione per gli associati, per una durata massima di due notti e fino ad un importo massimo di € 210,00 (Iva inclusa) per evento.

17.11 Viaggio di un familiare

In caso di ricovero ospedaliero dell'Associato a seguito di infortunio o malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

17.12 Recapito messaggi urgenti

Qualora l'Associato, a seguito di infortunio o malattia, in caso di necessità sia oggettivamente impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a familiari residenti in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà all'inoltro di tali messaggi. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

17.13 Rientro anticipato

Qualora l'Associato in viaggio debba ritornare anticipatamente alla propria residenza per l'avvenuto decesso di: coniuge, genitori, figli, fratelli e sorelle, suoceri, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio di rientro fino al luogo della residenza in Italia, mettendo a disposizione dell'Associato un biglietto di viaggio in treno (1° classe) o qualora il viaggio in treno superi le sei ore in aereo (classe economica). Resta salva ed impregiudicata la facoltà della Struttura Organizzativa di richiedere all'Associato la documentazione comprovante il sinistro che ha dato luogo alla prestazione. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

17.14 Informazioni sanitarie e farmaceutiche

(Servizio attivo dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

L'Associato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa:

- indirizzi di ospedali, cliniche, centri specializzati del capoluogo/regione di residenza dell'Associato;
- indirizzi degli uffici competenti per l'espletamento di pratiche e richiesta di documenti;
- informazioni per l'assistenza sanitaria all'estero, paesi UE ed extra UE.

Potrà richiedere inoltre alla Struttura Organizzativa, per i medicinali commercializzati in Italia, informazioni su:

- loro composizione;
- equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio;
- posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;
- eventuali controindicazioni.

17.15 Informazioni di medicina tropicale

(Servizio attivo dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

L'Associato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa informazioni relative al paese della fascia tropicale nel quale intende recarsi quali:

- vaccinazioni richieste;
- rischi sanitari;
- alimentazione e bevande;
- farmaci utili in viaggio;
- clima e temperature;
- servizi sanitari in loco.

17.16 Segnalazione Centri Specialistici

(Servizio attivo dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

Qualora l'Associato debba sottoporsi ad intervento chirurgico, potrà ottenere ogni informazione telefonando alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individua e segnala un centro ospedaliero attrezzato in Italia o all'estero.

17.17 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI COMPRESSE NEL CAPITOLO "SERVIZI DA CENTRALE TELEFONICA"

1. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c) dolo dell'Associato;
- d) suicidio o tentato suicidio;
- e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
- f) malattie nervose e mentali, malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;
- g) infortuni avvenuti anteriormente alla data di decorrenza della copertura;
- h) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- i) le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

2. Qualora l'Associato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

3. La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

4. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 Cod.Civ..

5. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Associato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

6. L'Associato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente copertura, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.

7. La durata massima della copertura per ogni periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità della garanzia è di 60 giorni.

18.INFORMAZIONI E SERVIZI DI SUPPORTO

18.1 ASSISTENZA TELEFONICA, TRAMITE POSTA ELETTRONICA E PRESSO GLI UFFICI

Il socio può richiedere qualsiasi tipo di informazione sul servizio contattando l'assistenza telefonica di Insieme Salute al numero 02.37052067.

Il servizio è attivo tutto l'anno **dal lunedì al venerdì** esclusi i festivi **dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.00. Insieme Salute non si avvale di call center esterni, gli assistiti possono contattare direttamente gli operatori della Mutua.**

Le informazioni possono essere richieste anche scrivendo all'indirizzo di posta elettronica info@insiemesalute.org.

IL socio può altresì richiedere ogni tipo di informazione recandosi presso gli uffici di Insieme Salute dal lunedì al venerdì esclusi i festivi dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 18.00.

18.2 SITO INTERNET

Il socio può, accedendo nell'area pubblica del sito www.insiemesalute.org :

- richiedere informazioni sul servizio compilando un semplice form;
- cercare una struttura convenzionata: nel sito internet è presente un motore di ricerca delle strutture sanitarie e odontoiatriche convenzionate con Insieme Salute che consente all'assistito di cercare la struttura per "regione", "provincia", "tipologia", "comune" e "denominazione";
- reperire tutte le informazioni sulla mutua: statuto, organigramma, contatti, attività sociale, ecc.

18.3 DOCUMENTI FISCALI

Ogni anno, in tempo per la dichiarazione dei redditi, Insieme Salute mette a disposizione degli assistiti, attraverso l'area riservata o con invio per posta, il riepilogo dei rimborsi effettuati nell'anno: per ciascun assistito il documento riporta la data della prestazione effettuata, la tipologia di prestazione, l'ammontare della spesa sostenuta, l'ammontare del rimborso erogato da Insieme Salute e l'eventuale ammontare della parte di rimborso rimasta a carico dell'assistito.

18.4 MESSAGGISTICA

Insieme Salute invierà agli assistiti che abbiano comunicato, anche attraverso l'area web riservata, il proprio numero di telefonia mobile, un sms per:

- notificare la ricezione di una richiesta di rimborso;
- notificare la liquidazione di un rimborso.



18.5 INSIEME SALUTE ONLINE

Insieme Salute Online è la piattaforma web di Insieme Salute in continua evoluzione che mette a disposizione dei soci diversi servizi integrati volti a migliorare la fruibilità e la trasparenza dell'assistenza offerta. La piattaforma offre **un'area riservata** sul sito di Insieme Salute e **un'applicazione mobile** scaricabile sul proprio smartphone (Android e Ios). A tutti i servizi della piattaforma si può accedere tramite registrazione con la stessa username e password. Di seguito i servizi disponibili:

AREA RISERVATA INSIEME SALUTE ONLINE

Accedendo il socio potrà:

- verificare il proprio profilo assistenziale e consultare i relativi regolamenti;
- verificare e modificare dati personali (indirizzi, numeri telefonici, coordinate bancarie);
- inoltrare una richiesta di rimborso;
- visualizzare e stampare la Card Salute per gli accessi agevolati presso le strutture private convenzionate;
- verificare lo stato delle richieste di rimborso inoltrate e visionare le immagini dei documenti inviati (anche dal familiare previa compilazione di apposita liberatoria da parte del familiare);
- consultare tutte le prestazioni sanitarie assistite da Insieme Salute negli ultimi due anni;
- controllare date, entità e motivazioni dei bonifici effettuati da Insieme Salute;
- scaricare, archiviare e stampare documenti e corrispondenza inerenti la propria posizione.

APP INSIEME SALUTE ONLINE

Il socio potrà scaricare gratuitamente un'applicazione mobile per :

- verificare e modificare il proprio profilo;
- seguire l'iter della pratica;
- visualizzare in ogni momento, anche off-line, la Card Salute;
- inoltrare una richiesta di rimborso.

19. TUTELA DEI DATI PERSONALI

Tutte le informazioni e i documenti richiesti all'associato sulla base del presente regolamento sono tutelati a norma della legge 196/03.

Al momento dell'iscrizione la mutua rilascerà adeguata informativa scritta al consenso per il trattamento dei dati personali.