

Il/la sottoscritto/a _____ Socio ordinario individuale di ChiantiMutua, nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____ N° Carta _____

CHIEDE

la concessione, ai sensi dei regolamenti ChiantiMutua generale e specifici in vigore, il contributo sotto indicato:

Per se stesso/a, titolare della carta MutuaSalus

 DIARIA OSPEDALIERA

per infortunio: N° giorni _____ x € 30.00 = € _____ (massimale annuo – anno solare € 600.00)

per malattia: N° giorni _____ x € 25.00 = € _____ (massimale annuo – anno solare € 400.00)

La richiesta di diaria ospedaliera, dovrà essere accompagnata da documento in originale rilasciato dall'Ospedale, riportante la data di entrata ed uscita dalla struttura sanitaria e la malattia/infortunio che ha causato il ricovero. In caso di infortunio occorre allegare anche il verbale di infortunio che viene rilasciato su richiesta dall'Ospedale. Le diarie innanzi riportate sono erogate per ogni giorno di degenza ad esclusione dei giorni di entrata e di uscita o di trasferimento ad altra struttura ospedaliera e sono dovute esclusivamente per le degenze dei titolari della Carta MutuaSalus e non sono estese ai familiari (vedi art.1 e 2 del "Regolamento Specifico Diarie e Sussidi medico-sanitari").

 Per se stesso/a, titolare Carta MutuaSalus Per il figlio minore (*)

nato/a a _____ prov. _____ il ____/____/____

(*) I rimborsi delle spese sostenute per le seguenti prestazioni erogate a favore dei figli minori sono dovuti, entro i massimali per evento/anno dei genitori e nel rispetto dei termini di decorrenza delle garanzie, qualora entrambi i genitori siano Soci ChiantiMutua. Si veda artt. 24 e 41 del "Regolamento Diarie e Sussidi medico-sanitari" e art.2 "Regolamento specifico delle Prestazioni Aggiuntive".

INDICARE IL NOMINATIVO DELL'ALTRO GENITORE SOCIO:

 VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE C/O CONVENZIONATI (esclusi odontoiatri)

30 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 30% = € _____ (massimale annuo 100€)

Soci Plus/Welfy: 50% della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 50% = € _____ (massimale annuo 200€)

 ESAMI ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI C/O CONVENZIONATI

20 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 20% = € _____

Soci Plus/Welfy: 40% della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 40% = € _____ (massimale annuo 200€)

 CURE FISIOTERAPICHE E RIABILITATIVE C/O CONVENZIONATI

Massimale annuo-solare complessivo A+B € 150,00, salvo per i soci conto Welfy € 250,00

 Tipo A) POST-TRAUMATICHE O RELATIVE AD INTERVENTO CHIRURGICO

50 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 50% = € _____ (massimale annuo € 150,00)

Le richieste di rimborso per cure fisioterapiche dovrà essere accompagnate dalla fattura in originale pagata per le cure fisioterapiche e dalla prescrizione del medico riportante la patologia/infortunio con conseguente severa limitazione funzionale di natura post-traumatica o relativa ad intervento chirurgico che ha causato la richiesta di cure stesse.

Soci Plus/Welfy: 50% della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 50% = € _____ (massimale annuo 250€)

 Tipo B)

20 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 20% = € _____ (massimale annuo € 100,00)

Soci Plus/Welfy: 40% della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 40% = € _____ (massimale annuo 200€)

 VISITE OCULISTICHE C/O CONVENZIONATI per i figli minori dei Soci

50 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 50% = € _____ (tetto massimo anno solare € 20,00)

NOME FIGLIO _____ nato il _____

Tutte le richieste di rimborso per visite mediche specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici e cure fisioterapiche e riabilitative dovranno essere accompagnate dalla fattura in originale pagata e dalla prescrizione del medico riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione.

 SERVIZIO TAXI C/O CONVENZIONATI (solo da e per strutture medico sanitarie convenzionate)

10 % della fattura pagata dell'importo totale di € _____ x 10% = € _____

La richiesta di rimborso per servizi dovrà essere accompagnata da fattura o documento in originale rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con mezzi TAXI o noleggio con autista, allegando la documentazione medica comprovante che il servizio è stato erogato per raggiungere Istituti di cura per motivi di salute riguardanti l'avente diritto.

mediante accredito sul C/C ChiantiBanca sul quale vengono regolate le quote annuali di adesione a ChiantiMutua.

A norma di regolamento allega la seguente documentazione:

- Ricevuta/Fattura n. _____ del ____/____/____
 Prescrizione del medico
 Documento di degenza rilasciato dall'Ospedale
 Verbale d'infortunio

➔ la documentazione può essere trasmessa in fotocopia apponendo la firma del richiedente per copia conforme

Per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute), sempre nei limiti in cui esso sia strumentale per le specifiche finalità perseguite dalle prestazioni da me richieste: do il consenso nego il consenso

(data)

(firma)

(parte riservata alla Mutua)

Socio dal ____/____/____ Ha versato la quota di rinnovo per l'anno _____? SI NO

Assenso alla liquidazione della somma di € _____

NO, non si può procedere alla liquidazione per mancanza dei requisiti richiesti.

Firme:

(per l'ufficio della Mutua)

(per il Consiglio della Mutua)

RICHIESTA DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

DA PRESENTARE ENTRO 120 GIORNI DALLA PRESTAZIONE

ESTRATTO REGOLAMENTO SPECIFICO DIARIE E SUSSIDI MEDICO SANITARI

ART. 1 – ASSISTITI

Le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento sono prestati a favore dei Soci ordinari regolarmente iscritti a **ChiantiMutua – Associazione Assistenziale**. I familiari dei Soci, così come definiti al punto 4. della Parte Generale del Regolamento delle Prestazioni (figli minori anche non conviventi con il Socio) sono esclusi dalle prestazioni di cui al presente regolamento, fatta eccezione per i sussidi medico-sanitari per le spese sanitarie di cui ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 della **tabella sussidi medico-sanitari** del successivo art. 2. I Soci collettivi, così come definiti al secondo comma del punto 1. della Parte Generale del Regolamento delle Prestazioni, sono esclusi dalle diarie e sussidi di cui al presente regolamento. Per poter beneficiare della prestazioni di cui al presente regolamento i Soci collettivi debbono iscriversi come Soci individuali, ciò al fine di rispettare il principio di uniformità di trattamento del rapporto associativo di cui all'art. 12 dello Statuto Sociale.

ART. 2 – DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

(Omissis) I sussidi medico-sanitari delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 erogate a favore dei figli minori regolarmente dichiarati (vedi punto 4. della Parte Generale del Regolamento delle Prestazioni) sono dovuti a condizione che entrambi i genitori siano Soci di **ChiantiMutua** ed entro i massimali per evento/anno di questi ultimi. Nei casi in cui uno dei genitori non sia presente, il Consiglio potrà valutare di ammettere all'estensione dei sussidi sanitari anche i figli minori con l'eventuale partecipazione alla Mutua di altri parenti entro il 2° grado e sempre nei limiti dei loro massimali.

Tutti i sussidi di cui ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 sono dovuti solo nel caso in cui le prestazioni siano richieste ad una struttura operatore convenzionato del Network Sanitario COMIPA (Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza) o direttamente da **ChiantiMutua** e non rientrino tra le prestazioni rese dal Servizio Sanitario Nazionale, direttamente o tramite accreditamento. Nel caso in cui si utilizzino strutture/operatori non convenzionati i rimborsi di cui ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 non saranno dovuti.

Le diarie ed i sussidi sono dovuti solo se il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali. (omissis)

ART. 3 – LIMITI ALLE PRESTAZIONI

Le diarie ed i sussidi non sono dovute se dipendenti da:

- le prestazioni mediche aventi esclusivamente finalità di controllo;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio, in particolare artroprotesi e sostituzione di impianti protesici. In caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
- il parto naturale, il parto cesareo e l'aborto;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- le cure per malattie degenerative del sistema nervoso (es.. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- le cure per stati patologici correlati dall'infezione HIV;
- le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del parodontio, gli interventi preprotetici e di implantologia. La presente esclusione è operante salvo nel caso di infortunio, caso in cui le richieste di rimborso (avanzate a questo titolo) devono essere accompagnate dal certificato di pronto soccorso ospedaliero o di analoga struttura ospedaliera da cui risulti il danno subito;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

ART. 4 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

Le diarie ed i sussidi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **90esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo. La decorrenza di tale termine è richiesta anche per l'estensione ai familiari delle prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3, 4 e 5 della **tabella rimborsi** dell'art. 2.

Per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio le diarie ed i sussidi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **300esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

I Soci con età superiore ai 75 anni avranno diritto alle diarie e ai sussidi di cui al presente regolamento **dopo un anno** dall'accoglimento della domanda di ammissione a Socio.

Negli anni successivi al primo l'erogazione delle diarie e dei sussidi non ha luogo se il contributo associativo non è stato regolarmente pagato alla scadenza annuale. In caso di morosità il diritto alle prestazioni cessa e si ripristina alle ore 24:00 del **90esimo** giorno successivo al pagamento delle quote arretrate. I ricoveri, le visite specialistiche, gli esami ed accertamenti diagnostici e le altre assistenze previste eseguite durante il periodo di morosità non possono essere oggetto di diarie né di sussidi qualunque sia la causa del ritardato pagamento.

ART. 6 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle diarie e dei sussidi previsti dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda a **ChiantiMutua**.

La domanda di erogazione deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti da **ChiantiMutua** e firmata dal beneficiario indicando il numero del conto corrente bancario per l'accredito o altre modalità di pagamento. La presentazione del modulo, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità del socio beneficiario del rimborso.

Le richieste di erogazione devono pervenire alla Mutua entro 120 giorni dalla prestazione. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

- La richiesta di erogazione della diaria ospedaliera per ricoveri dovuti a malattia o infortunio dovrà essere accompagnata da:

- ✓ Documento in originale rilasciato dall'Ospedale, riportante la data di entrata ed uscita dalla struttura sanitaria e la malattia/infortunio che ha causato il ricovero. In caso di infortunio occorre allegare anche il verbale di infortunio che viene rilasciato su richiesta dall'Ospedale.

- La richiesta di erogazione dei sussidi medico-sanitari di cui ai punti 1, 2, 3 lettera B e 4 dell'art. 2 del presente regolamento dovrà essere accompagnata da:

- ✓ Prescrizione del medico riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione e la fattura in originale pagata per visite specialistiche, esami clinici e accertamenti diagnostici o cure fisioterapiche e riabilitative.

Si precisa che, qualora sulla fattura della struttura operatore convenzionato non risulti distinto l'importo relativo ad una visita medico specialistica dall'importo relativo ad un contestuale accertamento diagnostico, l'intera prestazione sarà trattata come i sussidi previsti al punto 2 (Esami ed accertamenti diagnostici).

- La richiesta di erogazione per il rimborso delle cure fisioterapiche di cui al punto 3 lettera A dell'art. 2 del presente regolamento dovrà essere accompagnata da:

- ✓ Prescrizione del medico riportante la patologia/infortunio con conseguente severa limitazione funzionale di natura post traumatica o relativa a intervento chirurgico che ha causato la richiesta di cure e la fattura in originale pagata per le cure fisioterapiche e riabilitative..

- La richiesta di erogazione per il rimborso dei servizi di cui al punto 5 dell'art. 2 del presente regolamento dovrà essere accompagnata da:

- ✓ Fattura o documento in originale rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con mezzi: TAXI o noleggio con autista, allegando la documentazione medica comprovante che il servizio è stato erogato per raggiungere Istituti di cura per motivi di salute riguardanti l'avente diritto.

Il Socio deve consentire eventuali controlli medici disposti da **ChiantiMutua** e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia/infortunio denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato. In caso di morte del beneficiario gli eredi sottoscriveranno il modulo di richiesta rimborso, allegando il certificato di morte e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei legittimi eredi con indicazione delle modalità di pagamento.