

Convenzione con:

- *Intesa Sindacale Pensionati Crédit Agricole Italia*

REGOLAMENTO PIANO A in vigore dal 1° gennaio 2026

NORME GENERALI

1. Adesioni

- 11.** L'adesione a questa forma di assistenza è riservata agli aderenti all'Associazione Intesa Sindacale Pensionati Crédit Agricole Italia (di seguito denominate per brevità "Associazione").
- 12.** L'adesione a questa forma di assistenza è consentita fino al compimento del 66° anno di età. **Dopo l'iscrizione non esistono limiti di età per usufruire delle assistenze a cui il socio è iscritto.**
- 13.** È obbligatoria l'iscrizione del coniuge con l'esclusione di chi ha superato i limiti di età di cui sopra e di chi fosse già coperto da documentate garanzie sanitarie integrative.
- 14.** Possono aderire anche i figli dei pensionati aderenti. Nel caso gli stessi abbiano costituito un nucleo familiare autonomo è obbligatoria l'iscrizione dell'intero nucleo (coniuge o convivente, figli o affiliati) salvo la presenza di familiari già coperti da altra documentata garanzia sanitaria integrativa. È ammessa l'adesione successiva di familiari acquisiti in seguito a matrimonio e per i neonati:
MATRIMONIO. La domanda di adesione deve essere presentata **entro 30 giorni dal matrimonio**. La decorrenza delle prestazioni e il calcolo del rateo dei contributi avverrà con il primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda.
NEONATI. Per i neonati facenti parte di nuclei familiari già aderenti a Insieme Salute, il diritto all'assistenza è **garantito dal giorno della nascita purché ne venga richiesta l'iscrizione entro 30 giorni**.
- 15.** L'iscrizione a Insieme Salute avrà validità dal primo giorno del mese successivo alla consegna o spedizione alla Segreteria di Insieme Salute della seguente documentazione:
 - **domanda di ammissione** sottoscritta da tutti i maggiorenni che richiedono l'iscrizione;
 - **ricevuta unica di versamento della tassa di ammissione e dei contributi sociali;**
 - **questionario anamnestico** relativo a ciascuna persona indicata nel modulo di adesione;
 - **stato di famiglia o autocertificazione.**

2. Decorrenza

- 21.** L'assistenza per le prestazioni di cui al successivo punto 11 "Ricoveri" del presente regolamento decorre in caso di infortunio (avvenuto dopo la data di validità dell'iscrizione e certificato dal verbale di Pronto Soccorso) dalle ore 24 del giorno di validità dell'iscrizione, dopo 60 giorni in caso di malattia e 300 in caso di parto. L'assistenza per le prestazioni di cui al successivo punto 12 "Diagnostica e specialistica ambulatoriale" decorre dopo 60 giorni dal giorno di validità dell'iscrizione.
- 22.** Per i neonati, figli di Soci, l'assistenza è garantita dal giorno della nascita, purché l'iscrizione avvenga entro 30 giorni dalla stessa.

3. Costi di adesione e rinnovi

- 3.1.** Per perfezionare l'iscrizione a Insieme Salute e usufruire delle assistenze previste dal presente regolamento, occorre versare l'intera tassa di ammissione (**10,00 euro a persona**) ed i contributi previsti, o in unica soluzione, ovvero, se l'iscrizione avviene nel primo quadrimestre dell'anno, in due rate la prima delle quali relativa al rateo del primo semestre.

Per coloro che effettueranno la preiscrizione entro il 30 novembre 2013, il versamento dovrà avvenire in unica soluzione entro il 31 dicembre 2013 o in due rate di cui la prima, comprensiva dell'intera tassa di ammissione, entro il 31 dicembre 2013 e la seconda entro il 30 giugno 2014.

TARIFE CONTRIBUTIVE ANNUE a persona

Pensionato	€ 894
Coniuge o convivente	€ 852
Figlio convivente	€ 756

TARIFE PER FIGLI CON NUCLEO AUTONOMO

Titolare	€ 756
Coniuge o convivente	€ 756
Figlio	€ 582

NEONATI: iscrizione gratuita dalla nascita fino al 31 dicembre dello stesso anno per i neonati componenti i nuclei familiari già iscritti a Insieme salute.

- 3.2.** I Soci che aderiranno a Insieme Salute **durante l'anno verseranno i contributi sociali in misura corrispondente a tanti dodicesimi quanti sono i mesi che separano il momento dell'iscrizione al 31 dicembre.**
- 3.3.** I contributi in caso di rinnovo devono essere versati, in via anticipata, entro il 31 gennaio di ogni anno. E' ammesso anche il versamento in due rate uguali con le seguenti scadenze: prima rata 31 gennaio, seconda rata 30 giugno.
- 3.4.** Non provvedendo al pagamento entro il periodo indicato, i diritti del Socio resteranno sospesi e potranno essere riacquistati mediante il pagamento delle rate scadute e dopo una carenza di 30 giorni dalla data del pagamento. Nel caso in cui la morosità superasse i quattro mesi, il Socio potrà riacquistare i propri diritti dopo tre mesi dalla data del pagamento.
- 3.5.** Il mancato pagamento dei contributi sociali è causa di decadenza automatica al termine di ogni anno. La sospensione del pagamento non libera il Socio dall'obbligo del saldo dei contributi annuali.

4. Recesso

Il socio può recedere da Insieme Salute dandone comunicazione al Consiglio di Amministrazione, a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento, **entro e non oltre il 30 settembre di ogni anno** a valere per l'anno successivo. **Se il socio non esercita la facoltà del recesso, la sua iscrizione si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, con relativo obbligo di versamento dei contributi sociali.**

5. Variazioni

La facoltà di variazione può essere esercitata nell'ambito delle forme di assistenza previste dall'accordo con le Associazioni con comunicazione scritta, entro il 31 dicembre di ogni anno a valere per l'anno successivo. L'adesione del Socio a nuove forme di assistenza, sostitutive o aggiuntive a quelle cui era già iscritto (variazioni), comporta le carenze previste, limitatamente ai nuovi diritti acquisiti.

6. Rimborsi e Sussidi

- 6.1.** I rimborsi e i sussidi previsti dal presente Regolamento vanno richiesti a Insieme Salute tramite posta o fax o posta elettronica (rimborsi@insiemesalute.org). Le liquidazioni avverranno con bonifico bancario sul c/c dell'associato **entro un massimo di 60 giorni** dal ricevimento della documentazione completa.
- 6.2.** **Il diritto a richiedere i rimborsi e i sussidi si prescrive decorsi 90 giorni** dalla data in cui sono state effettuate le prestazioni.

7. Documentazione

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

8. Modifiche del Regolamento e Statuto

Ogni variazione del presente regolamento sarà per tempo comunicata ai soci.

Tutto quanto non espressamente richiamato nel presente regolamento, è disciplinato dallo statuto sociale di Insieme Salute.

9. Territorialità

Le assistenze oggetto del presente regolamento sono valide in Italia e all'estero.

10. Validità

Il presente Regolamento **entra in vigore il 1° gennaio 2014.**

PRESTAZIONI

11. RICOVERI

Assistibilità e massimali

L'assistenza prevede indennità o rimborsi in caso di ricovero per acuzie o riabilitazione (previsti dal Decreto del Ministero della Salute 18/10/2012 art. 2 commi 1 e 2), eseguiti in strutture pubbliche e private. Sono assistibili anche i ricoveri in regime di day-hospital.

L'assistenza è valida in Italia e all'estero.

Le assistenze previste sono erogabili fino ad un massimale di 150.000 euro per anno e per persona.

Il socio è assistibile per un massimo di 120 giorni di ricovero all'anno con le limitazioni previste per ogni singola tipologia di ricovero.

In caso di iscrizione infrannuale i termini di assistibilità saranno riproporzionati ai mesi di effettiva adesione.

Anticipazioni

Nel caso di ricoveri che prevedano rilevanti spese da parte del socio, il Consiglio di Amministrazione, a suo insindacabile giudizio, potrà disporre un anticipo di parte del rimborso prima della completa definizione della pratica.

11.1 RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO, PARTO O ABORTO

Insieme Salute interviene in caso di ricovero con intervento chirurgico o per parto, sia eutocico che cesareo o per aborto secondo le modalità di seguito descritte.

Modalità di assistenza

11.1.1 Cliniche convenzionate

Rimborso delle spese relative al ricovero (degenza, sala operatoria, medici convenzionati, esami, ecc.), con le modalità previste dalle singole convenzioni (diretta, indiretta, tariffa agevolata). I farmaci sono rimborsati nella misura stabilita dal tariffario. Le protesi e il materiale impiantabile sono rimborsabili al 70% del costo.

11.1.2 Cliniche non convenzionate

Rimborso delle spese relative al ricovero sulla base del tariffario di Insieme Salute. Per le spese di degenza, farmaci, analisi cliniche, accertamenti diagnostici e strumentali è previsto un rimborso omnicomprensivo massimo di 300 euro al giorno.

11.1.3 Camere a pagamento di ospedali pubblici o accreditati

I ricoveri eseguiti in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale con miglior comfort alberghiero (camera a pagamento) sono rimborsati al 100%, senza l'applicazione di alcuna franchigia a carico del socio.

11.1.4 Ricoveri con assistenza a tariffa omnicomprensiva

I ricoveri a pagamento, per gli interventi chirurgici individuati nel tariffario di Insieme Salute come "Prestazioni assistite con tariffa massima omnicomprensiva" sono assistiti secondo le modalità previste ai precedenti punti 11.1.1, 11.1.2, 11.1.3 fino all'importo omnicomprensivo massimo stabilito dal tariffario.

La tariffa omnicomprensiva include le prestazioni di prericovero, intervento chirurgico, retta di degenza, sala operatoria, materiale sanitario, equipe medica e ogni altra voce riferita al ricovero.

11.1.5 Diaria

Il socio che non richieda alcun rimborso o assistenza, relativo a prestazioni effettuate durante il ricovero ha diritto ad una diaria giornaliera di 100 euro.

11.1.6 Parto a domicilio

Il parto a domicilio è rimborsabile nella misura del 50% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 1.000 euro.

11.1.7 Trasporto in ambulanza

Nel caso di ricovero per interventi di alta chirurgia e per il trattamento medico e/o chirurgico di neoplasie maligne è previsto il rimborso per le spese di trasporto in ambulanza fino a 150 euro.

11.1.8 Ricoveri all'estero

Oltre a quanto previsto ai punti precedenti, il socio ricoverato all'estero per interventi di alta chirurgia (elenco approvato dal Consiglio di Amministrazione) ha diritto ad un rimborso forfetario di spese pari a 150 euro al giorno per i primi dieci giorni di ricovero.

11.1.9 Trattamenti riabilitativi e cure termali

I trattamenti riabilitativi e le cure termali eseguiti in ambulatorio, entro sei mesi dal termine del ricovero ospedaliero e prescritti al momento delle dimissioni come completamento delle cure eseguite durante la degenza, sono rimborsabili nella misura massima di 200 euro all'anno e con un massimo di 15 euro per singola seduta.

11.1.10 Limitazioni

Il ricovero per intervento chirurgico, parto o aborto, è assistibile fino ad un massimo di 30 giorni all'anno.

11.2 RICOVERI PER RIABILITAZIONE

I ricoveri per terapie riabilitative avvenuti entro i 10 giorni successivi all'intervento chirurgico, sono ammessi nei seguenti casi:

- 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.

Modalità di assistenza

11.2.1 Cliniche convenzionate

Rimborso completo delle spese relative al ricovero, salvo franchigia quando prevista dalle singole convenzioni. I farmaci sono rimborsati nella misura stabilita dal tariffario.

11.2.2 Cliniche non convenzionate

Rimborso delle spese relative al ricovero sulla base del tariffario di Insieme Salute.

11.2.3 Camere a pagamento di ospedali pubblici o accreditati

I ricoveri eseguiti in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale con miglior comfort alberghiero (camera a pagamento) sono rimborsati al 100%, senza l'applicazione di alcuna franchigia a carico del socio.

11.2.4 Diaria

Il socio che non richieda alcun rimborso o assistenza, relativo a prestazioni effettuate durante il ricovero ha diritto ad una diaria giornaliera di 50 euro.

11.2.5 Limitazioni

I ricoveri per terapie riabilitative, come sopra specificato, sono assistiti con un importo massimo omnicomprendente di 200 euro per ogni giorno di degenza. Tale importo si applica sia nel caso di ricovero nella rete delle strutture convenzionate che fuori rete.

Il ricovero per riabilitazione è assistibile fino ad un massimo di 30 giorni all'anno.

11.3 RICOVERI IN REPARTI DI MEDICINA

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. I ricoveri richiesti solo per l'esecuzione di accertamenti diagnostici non sono giustificati.

Fanno eccezione le seguenti eventualità:

- presenza di situazione clinica di difficile inquadramento;
- impiego di tecniche di esecuzione o strumentazioni particolari;
- rischio nell'espletamento dell'esame clinico.

Modalità di assistenza

11.3.1 Cliniche convenzionate

Rimborso fino a 400 euro al giorno delle spese relative al ricovero.

11.3.2 Cliniche non convenzionate

Rimborso fino a 400 euro al giorno delle spese relative al ricovero sulla base del tariffario di Insieme Salute.

11.4 Camere a pagamento di ospedali pubblici o accreditati

I ricoveri eseguiti in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale con miglior comfort alberghiero (camera a pagamento) sono rimborsati al 100%, con un massimo di 200 euro per ogni giorno di degenza.

11.4.1 Diaria

Il socio che non richieda alcun rimborso o assistenza relativi a prestazioni effettuate durante il ricovero ha diritto ad una diaria giornaliera di 50 euro dal 1° al 5° giorno di ricovero e di 25 euro a partire dal 6° giorno.

11.4.2 Limitazioni

Il ricovero per cure mediche non è assistibile in forma diretta.

Il ricovero per cure mediche è assistibile fino ad un massimo di 60 giorni all'anno.

11.5.1 Autorizzazioni

Ogni ricovero a pagamento deve essere autorizzato per iscritto da Insieme Salute. L'autorizzazione prevede la presentazione da parte dell'assistito di una proposta di ricovero, redatta dal medico curante o dallo specialista, nella quale vengono espresse le motivazioni del ricovero con i dati clinici e le notizie anamnestiche di rilievo. È inoltre richiesta la documentazione relativa ai ricoveri precedenti, agli esami e alle terapie precedentemente eseguite. L'autorizzazione viene concessa per le motivazioni indicate nella richiesta del medico curante e con l'indicazione del numero dei giorni previsti di degenza.

L'autorizzazione non esclude il successivo accertamento dell'ammissibilità del ricovero ai sensi dell'art. 8 del Regolamento generale. In caso di ricovero con assistenza diretta, il prolungamento della degenza oltre il periodo indicato nell'autorizzazione, e la prestazione di cure ulteriori o diverse da quelle autorizzate, necessitano di una specifica autorizzazione scritta della Mutua.

11.5.2 Ricoveri urgenti

Il ricovero d'urgenza in strutture a pagamento (senza preventiva richiesta di autorizzazione) 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 esclude l'assistenza diretta. Il ricovero d'urgenza deve essere notificato a Insieme Salute entro tre giorni dal suo verificarsi.

11.5.3 Ricoveri in cliniche convenzionate

La singola convenzione può prevedere che parti delle spese di ricovero rimangano a carico del socio: tale eventualità sarà annotata nell'elenco delle strutture sanitarie convenzionate e ribadita nell'autorizzazione al ricovero rilasciata da Insieme Salute.

Eventuali voci non comprese nella convenzione, nonché le parcelle di medici non convenzionati, sono rimborsate secondo il tariffario di Insieme Salute.

I ricoveri in clinica convenzionata per l'assistenza in forma diretta, sono regolati dalle singole convenzioni.

11.5.4 Day Hospital

Il ricovero in regime di day-hospital è riconosciuto esclusivamente nei casi di intervento chirurgico o di prestazioni chemioterapiche.

11.5.5 Documentazione

Al termine di ogni ricovero o parto a domicilio il socio è tenuto a produrre la seguente documentazione:

- cartella clinica (se in lingua non italiana con relativa traduzione) completa di anamnesi prossima e remota e diario clinico;
- ogni fattura di spesa e ogni notula medica rimasta effettivamente a carico del socio.

Per la richiesta delle diarie di ricovero sarà sufficiente il certificato di degenza dell'ospedale con evidenziati la data di ricovero, quella di dimissione, nonché la diagnosi medica circostanziata. Insieme Salute potrà richiedere ogni altra documentazione relativa al ricovero e alla patologia che lo ha determinato. Per ottenere il rimborso di quanto previsto al punto "Trattamenti riabilitativi e cure termali" il socio dovrà produrre copia dei documenti di spesa accompagnati dalla prescrizione rilasciata dall'ente ospedaliero.

11.5.6 Rimborsi

I rimborsi di Insieme Salute sono integrativi di eventuali rimborsi dovuti dalle ASL o da altri enti mutualistici o compagnie di assicurazione per i quali i soci devono fare regolare richiesta.

Nel caso di rimborso ad integrazione di altri soggetti, Insieme Salute liquiderà al socio la differenza tra l'importo determinato come rimborsabile e la somma a carico di altri. 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.

11.5.7 Esclusioni

Sono esclusi gli extra in genere (telefono, bar, pasti e pernottamento degli ospiti salvo che quest'ultima voce non sia esplicitamente compresa nella convenzione con la clinica).

Non sarà prestata alcuna assistenza se dalla documentazione trasmessa alla Mutua non risulti chiaramente che il ricovero è avvenuto in istituto autorizzato come ospedale o casa di cura.

12. DIAGNOSTICA E SPECIALISTICA AMBULATORIALE

12.1. Tipologie di assistenza

a) Esami di laboratorio ed indagini diagnostiche

Se eseguite in convenzione indiretta con Insieme Salute, rimborso dell'80% delle spese effettivamente sostenute e documentate; se eseguite in strutture non convenzionate o in strutture convenzionate senza applicazione delle tariffe agevolate, rimborso dell'80% del tariffario di Insieme Salute.

b) Visite specialistiche

Rimborso delle visite specialistiche ambulatoriali da 50 a 90 a visita secondo le specialità come previsto dal tariffario di Insieme Salute.

c) Altre prestazioni ambulatoriali

Per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale comprese nel tariffario di Insieme Salute (piccola chirurgia, medicazioni, ecc.) eseguite in convenzione indiretta con Insieme Salute, rimborso dell'80% delle spese effettivamente sostenute e documentate; se eseguite in strutture non convenzionate o in strutture convenzionate senza applicazione delle tariffe agevolate, rimborso dell'80% del tariffario di Insieme Salute.

d) Ticket

Rimborso all'100% dei ticket pagati alle strutture sanitarie pubbliche o accreditate dalle regioni per prestazioni specialistiche ambulatoriali previste ai precedenti punti a), b) e c).

e) Assistenza diretta

Le prestazioni ammesse dal Regolamento ed eseguite presso strutture convenzionate per l'assistenza in forma diretta sono a carico di Insieme Salute secondo le modalità definite in ogni convenzione. Le prestazioni in forma diretta devono essere richieste anticipatamente a Insieme Salute che provvederà a fornire all'interessato tutte le indicazioni necessarie e ad inviare alla struttura prescelta la relativa "presa in carico".

12.2. Rimborsi

Per ottenere il rimborso delle prestazioni, 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", "screening" e simili se non accompagnate da ulteriore specifica.

Interventi chirurgici ambulatoriali privati: ogni intervento chirurgico ambulatoriale a pagamento deve essere preventivamente autorizzato per iscritto da Insieme Salute. L'autorizzazione prevede la presentazione da parte dell'assistito di una proposta di intervento, redatta dal medico curante o dallo specialista, nella quale vengono espone le motivazioni dell'intervento con i dati clinici e le notizie anamnestiche di rilievo. È inoltre richiesta la documentazione relativa alle visite e agli esami precedentemente eseguiti. L'autorizzazione viene concessa per le motivazioni indicate nella richiesta del medico curante

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.

12.3. Assistenza in forma diretta (presa in carico)

La richiesta di presa in carico (punto e) deve essere fatta con un preavviso di almeno due giorni lavorativi, tramite servizi online (area web riservata accessibile dal sito www.insiemesalute.org o APP mobile) o telefonicamente contattando gli uffici di Insieme Salute. Per le prestazioni di cui ai precedenti punti a) e c), per richiedere la presa in carico è necessario inviare copia della prescrizione medica con l'indicazione della diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia per cui vengono richieste le prestazioni. Non sono ritenute valide come diagnosi diciture del tipo "controllo", "accertamenti", "prevenzione", "screening" e simili, se non accompagnate da ulteriore specifica.

13. ESCLUSIONI Relative ai precedenti punti 11 e 12

13.1 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.

13.2 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 ad esclusivo 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 occorsi nello svolgimento di 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.

13.3 Non sono rimborsabili, le cure e le visite odontoiatriche, 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 procedure per la riproduzione assistita, le visite psicologiche e psichiatriche, le visite e gli accertamenti medico sportivi, le visite e gli accertamenti atti all'ottenimento di certificazioni mediche di idoneità (es. idoneità all'attività agonistica, idoneità alla guida, ecc.), le iniezioni e altre prestazioni infermieristiche, le cure termali e le terapie fisiche (come fisiokinesiterapia, ionoforesi, iontoforesi, ultrasuoni, marconiterapia, radar, forni, elettrostimolazioni, massoterapia, ginnastica, magnetoterapia, fitoterapia, tens, rebox, laser, manipolazioni e altre prestazioni analoghe) salvo quanto specificatamente previsto.

14. SERVIZI DA CENTRALE TELEFONICA

14.1 Struttura operativa

I servizi sono prestati da IMA 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.

14.2 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.

14.3 Invio di un medico in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica (vedi prestazione 1), 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.

14.4 Invio di autoambulanza

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza Medica (vedi prestazione 14.1), 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.

14.5 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.

14.6 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.

14.7 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.

14.8 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.

14.9 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.

14.10 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. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

14.11 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 altre spesa al di fuori di quelle sopra indicate. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

14.12 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.

14.13 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.

14.14 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.

14.15 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.

14.16 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.

14.17 ESCLUSIONI E LIMITAZIONI RELATIVI A TUTTE LE 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, le 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 difatto.

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 assicurazione, 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.

15. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

15.1 Accesso alla rete: tariffario agevolato e prima visita gratuita

L'associato può accedere alla rete di strutture odontoiatriche convenzionate e all'applicazione di un tariffario concordato e controllato sulle prestazioni effettuate.

L'associato ha diritto, presso le strutture odontoiatriche convenzionate, ad una prima visita gratuita con la stesura del piano di cure e del preventivo.

Norme per ottenere la prestazione

- L'associato deve richiedere a Insieme Salute un modulo di richiesta prenotazione da esibire alla struttura convenzionata in occasione della prima visita.
- La struttura convenzionata provvede a stilare un piano di cure e un preventivo e ad inviare la suddetta documentazione a Insieme Salute, che controlla siano state applicate le tariffe concordate.
- L'associato accetta piano di cure e preventivo, sottoscrivendo una lettera di impegno con la struttura odontoiatrica convenzionata.
- Copia della fattura rilasciata al socio viene inviata a Insieme Salute, per un ultimo esame a garanzia del rispetto del tariffario.
- Le prestazioni odontoiatriche eseguite vengono direttamente saldate dall'associato alla struttura convenzionata.

15.2 Ablazione del tartaro

L'associato ha diritto ad un'ablazione del tartaro gratuita all'anno se effettuata nella rete convenzionata; ad un rimborso di 30 €, una volta all'anno, se l'ablazione è effettuata fuori rete.

Norme per ottenere la prestazione in struttura convenzionata

- L'associato deve richiedere a Insieme Salute l'autorizzazione ad effettuare la prestazione in oggetto.
- Tale prestazione viene effettuata dalla struttura convenzionata solo dopo aver ricevuto da Insieme Salute un documento di presa in carico che ne autorizzi l'esecuzione.
- La fattura relativa a tale prestazione viene direttamente saldata da Insieme Salute, senza alcuna spesa a carico dell'assistito

Norme per ottenere il rimborso per prestazione in struttura non convenzionata

- L'associato può richiedere il rimborso inviando a Insieme Salute la copia del documento di spesa. La fattura deve indicare il tipo di prestazione effettuata.

15.3 Evento traumatico

In caso di evento traumatico rimborso fino a 2.500,00 € per protesi fisse che necessitano di impianti endossei. Il contributo per ogni singolo elemento non potrà superare 500 €. Nel caso in cui non fosse possibile l'applicazione della protesi fissa con impianto endosseo, l'associato potrà comunque ottenere un rimborso fino a 50,00 € per elemento con un massimo di 500,00 € per evento.

Norme per ottenere la prestazione

- L'associato può richiedere il rimborso inviando a Insieme Salute la copia del documento di spesa e certificato con descrizione dell'intervento eseguito redatto dal medico odontoiatra. L'associato dovrà inoltre produrre una certificazione di ente ospedaliero o pronto soccorso attestante la natura e l'entità del trauma.

15.4 Cure ortodontiche

L'associato ha diritto ad un rimborso delle spese per cure ortodontiche fino ad un massimo di € 250,00 annui.

Norme per ottenere la prestazione

- L'associato può richiedere il rimborso inviando a Insieme Salute la copia del documento di spesa. La fattura deve indicare il tipo di prestazione effettuata.

15.5 Limiti all'assistenza odontoiatrica

- Per tutte le prestazioni di assistenza odontoiatrica il rimborso può essere concesso soltanto se l'inizio del trattamento, il termine dello stesso e l'emissione della fattura di saldo, sono avvenuti durante il periodo di iscrizione dell'associato a Insieme Salute.
- Non sono rimborsabili le fatture diacconto.

16. SOSTEGNO ALLA PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA

- 16.1** In caso di sopravvenuto stato di non autosufficienza, i soci, iscritti da almeno tre anni, potranno usufruire di un sussidio straordinario denominato "sostegno alla perdita dell'autosufficienza".
- 16.2** 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.
- 16.3** 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.
- 16.4** Al momento della richiesta di sussidio, lo stato di non autosufficienza, come sopra precisato, deve essersi manifestato da almeno sei mesi.
- 16.5** Il sussidio, di importo forfetario di 2.500 €, è erogabile una tantum ed esclusivamente al suo primo insorgere.

Norme per ottenere il sussidio

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. Al certificato del medico curante può essere allegata ogni altra documentazione utile.

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

17. CARD SALUTE

Ad ogni socio sarà fornita una tessera digitale e personalizzata che consente di accedere, in forma privata, ad una vasta rete di strutture sanitarie convenzionate a condizioni agevolate (sconti tariffari e altre agevolazioni). L'elenco delle strutture convenzionate è a disposizione dei Soci e sempre scaricabile dal sito www.insiemesalute.org.

18. INFORMAZIONE E DOCUMENTAZIONE

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 AREA WEB RISERVATA SU PIATTAFORMA COSMO e APP Mobile Insieme Salute

L'Assistito potrà accedere, tramite password, ad un'area riservata del sito di Insieme Salute e alla APP Insieme Salute attraverso cui potrà:
verificare il proprio profilo assistenziale e consultare i relativi regolamenti;
verificare e modificare dati personali (indirizzi, numeri telefonici, coordinate bancarie);
stampare il tesserino di Insieme Salute;
ricercare le strutture convenzionate più vicine;
inoltrare le richieste di rimborso;
verificare lo stato delle richieste di rimborso inoltrate;
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;
richiedere una prenotazione per assistenza in forma diretta;
richiedere una presa in carico per assistenza in forma diretta.

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 recante il Codice in materia di protezione dei dati personali e del GDPR dell'Unione Europea n. 679/2016.

