

MUTUA TUTELA
Società di Mutuo Soccorso



Direzione di Torino

C.so Unione Sovietica, 113
10134 Torino
Telefono 01131335.47
Telefax 01131335.50

<http://www.mutua.tutela.com/>
E-mail: mutua@tutela.com

**Fondo Sanitario
Mutua Tutela
2008/2009**

Sommario

| | |
|---|-----------|
| MUTUA TUTELA SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO | 3 |
| CONTRIBUTI E VANTAGGI FISCALI PER IL SOCIO DI MUTUA TUTELA..... | 4 |
| STATUTO DI MUTUA TUTELA..... | 5 |
| REGOLAMENTO APPLICATIVO DI MUTUA TUTELA | 10 |
| FONDO SANITARIO MUTUA TUTELA..... | 12 |
| DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI | 12 |
| LE PRESTAZIONI DEL FONDO SANITARIO..... | 13 |
| 1. OGGETTO DELLA COPERTURA..... | 13 |
| 2. PERSONE COPERTE..... | 13 |
| 3. RICOVERO..... | 13 |
| 4. ALTA SPECIALIZZAZIONE..... | 16 |
| 5. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE | 16 |
| 6. EXTRAOSPEDALIERE..... | 16 |
| 7. PREVENZIONE (per il solo Iscritto con età inferiore ai 36 anni)..... | 17 |
| 8. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNIO | 17 |
| 9. DIAGNOSI COMPARATIVA | 17 |
| 10. SERVIZI DI CONSULENZA..... | 18 |
| 11. CONTRIBUTI..... | 18 |
| 12. INCLUSIONI / ESCLUSIONI..... | 18 |
| A - CONDIZIONI GENERALI..... | 18 |
| A.1 EFFETTO DELLA COPERTURA | 18 |
| A.2 TERMINI DI ASPETTATIVA “per i nuovi iscritti” | 19 |
| A.3 DURATA DELLA COPERTURA / TACITA PROROGA | 19 |
| A.4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI COPERTURA..... | 19 |
| A.5 ONERI FISCALI..... | 19 |
| A.6 FORO COMPETENTE | 19 |
| A.7 TERMINI DI PRESCRIZIONE..... | 19 |
| A.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE..... | 19 |
| B - LIMITAZIONI..... | 19 |
| B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE..... | 19 |
| B.2 ESCLUSIONI DALLA COPERTURA..... | 19 |
| C - SINISTRI..... | 20 |
| C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO..... | 20 |
| C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ | 20 |
| C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ | 21 |
| C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE | 21 |
| C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA..... | 21 |
| C.2 CONTROVERSIE..... | 21 |
| ELENCO GRANDI INTERVENTO CHIRURGICI | 22 |
| INFORMATIVA PRIVACY | 24 |
| DOMANDA DI ADESIONE A MUTUA TUTELA..... | 25 |



MUTUA TUTELA SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

- Costituita:** a Milano il 9 aprile 1998
- Sede Legale:** 20121 Milano - Via Brera, 6
- Direzione di Torino:** 10134 Torino - C.so Unione Sovietica, 113
Telefono 01131335.47 - Telefax 01131335.50
- Numero Verde:** 800-906078
- Internet:** <http://www.mutua.tutela.com/>
- E-mail:** mutua@tutela.com

Mutua Tutela, Società di Mutuo Soccorso senza fini di lucro, è figura giuridica prevista nell'ordinamento italiano sulla base della Legge 15.04.1886 nr. 3818 per lo sviluppo di forme di assistenza e previdenza mutualistica. Il meccanismo mutualistico prevede che l'Associato, attraverso il versamento di contributi a Mutua Tutela, ottenga dalla stessa prestazioni di tipo previdenziale ed assistenziale, facilitazioni e servizi presso strutture mediche. La struttura mutualistica consente, a fronte di specifici bisogni evidenziati dai Soci in Assemblea, di costituire specifici fondi con i quali procedere direttamente alla gestione delle prestazioni offerte ai Soci: in questo modo la Mutua può ampliare la gamma delle prestazioni offerte.

GLI SCOPI

Mutua Tutela, Società di Mutuo Soccorso senza alcun scopo di lucro, opera a favore dei propri Soci e loro familiari, facendoli partecipare ai benefici della mutualità con specifica attenzione al settore sanitario e dei servizi sociali ed assistenziali.

Essa pertanto si propone di:

- a) promuovere e gestire un sistema mutualistico per assicurare ai Soci, sussidi in caso di malattia e quindi intervenire sulle spese sostenute dai Soci per ricoveri, interventi, esami diagnostici, visite a seguito di infortunio o malattia;
- b) favorire la costituzione di fondi e servizi di previdenza integrativa dei trattamenti di pensione e per i casi di infortunio, invalidità e morte non coperti da forme di protezione obbligatorie;
- c) curare interventi di solidarietà sociale nei confronti delle famiglie, degli anziani e di quanti si trovano in stato di bisogno o emarginazione, attraverso l'organizzazione delle risorse fisiche, materiali e morali dei Soci e dei terzi, che a titolo di volontariato partecipano, nelle diverse forme, alle attività della mutua;
- d) promuovere e favorire forme di autogestione e imprenditorialità sociale di servizi e prestazioni (quali ad esempio l'assistenza infermieristica agli anziani, l'assistenza domiciliare ai malati gravi o terminali) idonee a soddisfare necessità di ordine economico del Socio e della sua famiglia;
- e) promuovere attività nei settori dell'informazione ed educazione sanitaria, mutualistica e cooperativa, della formazione professionale, della cultura e del tempo libero;
- f) svolgere attività di patronato socio sanitario, ed ogni altro ufficio proprio delle istituzioni di previdenza e assistenza economica e sociale;
- g) promuovere ogni altra iniziativa utile al conseguimento degli scopi sociali.

La Mutua può stipulare convenzioni con enti pubblici e privati al fine di offrire agli associati agevolazioni economiche e normative nel rapporto con istituzioni sanitarie, centri diagnostici, centri termali, laboratori di analisi, medici specialisti, avvalendosi di tutte le provvidenze e agevolazioni di legge.

CONTRIBUTI E VANTAGGI FISCALI PER IL SOCIO DI MUTUA TUTELA

Contributi Associativi:

- quota "una tantum" di € 5,16
- quota annuale di € 52,00 per nucleo
- quota Fondo Sanitario Mutua Tutela

Vantaggi fiscali:

D.P.R. 22 dicembre 1986 nr. 917: Testo Unico delle Imposte sui Redditi:

Art. 13 bis – Detrazioni per oneri

1. Dall'imposta lorda si detrae un importo pari al 19 per cento dei seguenti oneri sostenuti dal contribuente se non deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formare il reddito complessivo:

.....Omissis.....

i - bis) – le erogazioni liberali in denaro, per importo non superiore a 4 milioni di lire, a favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS), nonché i **contributi associativi**, per importo non superiore a 1.291,14 Euro, **versati dai soci alle società di mutuo soccorso** che operano esclusivamente nei settori di cui all'art. 1 della Legge 15 aprile 1886, nr. 3818, al fine di assicurare ai soci un sussidio nei casi di malattia, di impotenza al lavoro o di vecchiaia, ovvero, in caso di decesso, un aiuto alle loro famiglie.

La detrazione è consentita a condizione che il versamento di tali erogazioni e contributi sia eseguito tramite banca o ufficio postale, ovvero mediante gli altri sistemi di pagamento previsto dall'art. 23 del D. Lgs. 9 luglio 1997, nr. 241, e secondo ulteriori modalità idonee a consentire all'amministrazione finanziaria lo svolgimento di efficaci controlli, che possono essere stabilite con decreto del Ministro delle Finanze da emanarsi ai sensi dell'art. 17, comma 3, della Legge 23 agosto 1988, nr. 400.

Il contributo associativo è detraibile dall'imposta lorda per un importo pari al 19% e non superiore ad Euro 1.291,14.

La detrazione può essere effettuata solo per se stessi e non per i famigliari.



STATUTO DI MUTUA TUTELA

TITOLO I

Denominazione - sede - durata - scopi

ART. 1

E' costituita una mutua di assistenza e previdenza denominata "MUTUA TUTELA Società di Mutuo Soccorso" che nel presente statuto viene indicata per brevità con la parola Mutua.

La Mutua è regolata dalla Legge del 15 aprile 1886 nr. 3818 riguardante le Società di Mutuo Soccorso.

ART. 2

La Mutua ha la sua sede in Milano – Via Brera, 6.

La durata della Mutua è fissata fino al 31 (trentuno) dicembre 2100 (duemilacento) e può essere prorogata con deliberazione dell'assemblea. Possono essere istituite sedi ed uffici in altre località.

ART. 3

La Mutua che, senza alcuno scopo di lucro, opera a favore dei propri soci e loro familiari, intende far partecipare gli stessi ai benefici della mutualità con specifica attenzione al settore sanitario, previdenziale e dei servizi sociali.

Essa pertanto si propone di:

- a) promuovere e gestire un sistema mutualistico al fine di assicurare ai Soci un sussidio nei casi di malattia;
- b) favorire la costituzione di fondi e servizi di previdenza integrativa dei trattamenti di pensione e per i casi di infortunio, invalidità e morte non coperti da forme di protezione obbligatorie;
- c) curare interventi di solidarietà sociale nei confronti delle famiglie, degli anziani e di quanti si trovano in stato di bisogno o emarginazione, attraverso l'organizzazione delle risorse fisiche, materiali e morali dei soci e dei terzi, che a titolo di volontariato partecipano, nelle diverse forme, alle attività della Mutua;
- d) promuovere e favorire forme di autogestione e imprenditorialità sociale di servizi e prestazioni idonee a soddisfare necessità di ordine economico del Socio e della sua famiglia;
- e) promuovere attività nei settori dell'informazione ed educazione sanitaria, mutualistica e cooperativa, della formazione professionale, della cultura e del tempo libero;
- f) svolgere attività di patronato socio sanitario, ed ogni altro ufficio proprio delle istituzioni di previdenza e assistenza economica e sociale;
- g) promuovere ogni altra iniziativa utile al conseguimento degli scopi sociali.

La Mutua può stipulare convenzioni con enti pubblici e privati e compiere tutte le operazioni immobiliari, mobiliari e finanziarie atte a favorire il raggiungimento degli scopi sociali avvalendosi di tutte le provvidenze e agevolazioni di legge.

La Mutua inoltre, con deliberazione del Consiglio di Amministrazione, partecipa a consorzi ed enti che svolgono attività e servizi integrativi ed aggrega organismi mutualistici e associativi, che concorrono, anche in nome e per conto dei propri associati, al raggiungimento delle finalità della Mutua.

L'attività finanziaria, compresa quella di assunzione di partecipazione, non potrà essere svolta nei confronti del settore pubblico.

ART. 4

I Soci sono suddivisi in sezioni numericamente omogenee, nell'ambito delle quali vengono tenute le assemblee separate, come specificato agli Artt. 15 e segg. e nel regolamento applicativo.

L'istituzione delle sezioni e l'assegnazione dei soci alle stesse sono regolamentate dal Consiglio che provvede, altresì, per quanto ulteriormente occorrente, alla disciplina normativa della materia, nell'ambito del regolamento applicativo.

TITOLO II

Soci

ART. 5

Il numero dei soci è illimitato.

Possono essere soci tutte le persone fisiche residenti in Italia o con cittadinanza italiana.

L'adesione alla Mutua avviene direttamente e con assegnazione dell'associato alle sezioni di cui al precedente art. 4 (quattro).

I soci si impegnano alle contribuzioni necessarie ed idonee al conseguimento degli scopi sociali, all'osservanza dei regolamenti interni e delle deliberazioni adottate dagli organi sociali.

L'adesione degli associati agli enti mutualistici e associativi avviene mediante l'atto di aggregazione.

ART. 6

Coloro che desiderano diventare Soci della Mutua devono presentare domanda al Consiglio di Amministrazione specificando:

- cognome e nome, luogo e data di nascita, domicilio e cittadinanza ;
- l'attività svolta;
- ogni altra a notizia richiesta dal Consiglio di Amministrazione.

Nella domanda, salvo norme in deroga, deve essere sottoscritto l'impegno a versare la quota di adesione, il contributo associativo annuale, i contributi o gli apporti dovuti per le prestazioni garantite dalla Mutua, nella misura e con le modalità sta-



bilite dal Consiglio di Amministrazione.

Sull'accoglimento della domanda decide il Consiglio di Amministrazione senza obbligo di motivarne l'eventuale rifiuto, che deve essere comunque notificato all'interessato entro due mesi dalla data di ricezione della domanda.

Trascorso tale termine, le domande si intendono accettate.

E' facoltà del Consiglio delegare questa funzione al Comitato Tecnico.

Il Consiglio decide altresì sulla ammissione degli associati agli enti mutualistici e associativi aggregati.

I soci hanno l'obbligo di:

- sottoscrivere e versare a norma dell'art. 11 (undici) dello statuto una quota di adesione al fondo sociale di Euro 5,16;
- osservare lo statuto, il regolamento e le deliberazioni degli organi sociali;
- cooperare al raggiungimento dei fini sociali e astenersi da ogni attività che sia comunque in contrasto con questi o con gli interessi della Mutua.

I soci hanno diritto:

- di partecipare alle deliberazioni dell'Assemblea ed alle elezioni delle cariche sociali;
- di usufruire dei servizi e dei vantaggi offerti dalla Mutua nei modi e nei limiti fissati dai regolamenti e dalle deliberazioni assembleari;
- di prendere visione del bilancio annuale.

ART. 7

Il vincolo sociale si costituisce dalla data di accettazione della domanda da parte del Consiglio di Amministrazione o decorsi i termini di cui all'art. 6 e il diritto alle prestazioni sorge dopo il pagamento dei contributi, trascorso il periodo di carenza, nei termini e con le modalità fissate nelle norme.

ART. 8

La qualità di Socio si perde per recesso, esclusione, morte o per non aver versato per due anni consecutivi i contributi di adesione annuale.

Il Socio può recedere oltre che nei casi previsti dalla legge, quando non si trovi più nella condizione di partecipare al raggiungimento degli scopi sociali.

Spetta al Consiglio di Amministrazione constatare se ricorrono i motivi che, a norma di legge e del presente statuto, legittimano il recesso.

Il socio che intende recedere dalla Mutua deve farne dichiarazione scritta e comunicarla con raccomandata o presentarla personalmente al Consiglio di Amministrazione. Tale dichiarazione ha effetto con la chiusura dell'esercizio in corso, se presentata o fatta pervenire tre mesi prima e, in caso contrario, con la chiusura dell'esercizio successivo.

ART. 9

Il socio può essere escluso dal Consiglio di Amministrazione, oltre che nei casi previsti dalla legge, quando non è più nella condizione di concorrere al raggiungimento degli scopi sociali, quando non osserva le disposizioni contenute nel presente statuto e nel regolamento e quando non si attiene alle deliberazioni validamente adottate dagli organi sociali.

Il Socio può essere escluso inoltre, quando svolge attività contrastante con gli interessi della Mutua, la danneggia moralmente e materialmente e quando, senza giustificati motivi, non adempie puntualmente agli obblighi assunti a qualsiasi titolo con la Mutua.

La delibera di esclusione potrà essere adottata trascorsi 30 (trenta) giorni dal ricevimento da parte del Socio della diffida ad adempiere l'obbligazione sociale.

ART. 10

Il Socio che cessa di far parte della Mutua risponde verso questa per il pagamento dei contributi arretrati e non versati e non ha diritto alla restituzione della quota di adesione al fondo sociale di cui all'art. 6 punto a).

TITOLO III

Patrimonio sociale - Bilancio

ART. 11

Il patrimonio sociale è costituito:

- dal fondo sociale formato dalle quote di adesione versate dai soci nella misura di Euro 5,16. L'importo delle quote pre-dette può essere aggiornato con deliberazione dell'Assemblea dei Soci;
- dal fondo di riserva o da accantonamenti costituiti a copertura di particolari rischi o in previsione di oneri futuri;
- da donazioni ed atti di liberalità, da proventi di lasciti, da sovvenzioni, da partecipazioni ed ogni altro contributo pubblico o privato.

I lasciti o le donazioni che la Mutua avesse a conseguire per un fine determinato ed avente carattere di perpetuità, saranno tenuti distinti dal restante patrimonio sociale, e le rendite derivanti da essi dovranno essere erogate in conformità della destinazione fissata dal testatore o dal donante.

Le disponibilità finanziarie del patrimonio sociale sono generalmente impiegate in immobili, in titoli di Stato o garantiti dallo Stato e in depositi presso Istituti di credito.

Il patrimonio sociale è irripartibile tra i Soci durante la vita della Mutua.

Il patrimonio residuo in sede di liquidazione deve essere destinato ai sensi art. 31.

ART. 12

L'esercizio sociale va dal 1°(primo) luglio al 30 (trenta) giugno di ogni anno.



L'avanzo netto di gestione risultante dal bilancio sarà destinato al fondo di riserva o agli accantonamenti di cui al precedente articolo. Nessun utile può essere destinato ai Soci sotto qualsiasi forma. Il bilancio deve essere presentato all'approvazione dell'assemblea entro quattro mesi dalla chiusura dell'esercizio sociale.

Quando particolari esigenze lo richiedano l'assemblea può provvedere alla approvazione del bilancio entro 6 (sei) mesi dalla chiusura dell'esercizio sociale.

TITOLO IV

Organi della Mutua - Assemblea

ART. 13

Sono organi della Mutua:

1. L'assemblea dei soci;
2. Il Consiglio di Amministrazione;
3. Il Collegio dei Sindaci.

ART. 14

L'assemblea è ordinaria e straordinaria.

All'assemblea ordinaria spetta:

1. approvare il bilancio annuale;
2. eleggere il Consiglio di Amministrazione ed il Collegio dei Sindaci;
3. trattare tutti gli argomenti attinenti la gestione sociale ad essa affidati, dalla legge, dallo statuto o sottoposti al suo esame dal Consiglio di Amministrazione o dal Collegio Sindacale.

L'assemblea ordinaria ha luogo almeno una volta all'anno e deve essere convocata entro quattro mesi dalla chiusura dell'esercizio sociale.

L'assemblea straordinaria delibera:

1. sulle modifiche statutarie;
2. sullo scioglimento della Mutua;
3. sulla nomina dei liquidatori e la determinazione dei relativi poteri.

ART. 15

Le Assemblee sono convocate oltre che dal Consiglio di Amministrazione, su richiesta scritta e motivata del Collegio Sindacale o di almeno 1/20 (un ventesimo) dei soci con l'indicazione degli oggetti da trattare.

L'Assemblea, sia ordinaria che straordinaria, è costituita, a sensi dell'art. 2533 cod. civ., dai delegati eletti dalle Assemblee separate, nell'ambito delle quali vengono assunte le deliberazioni sulle materie che formano oggetto dell'Assemblea generale ed eletti i delegati che interverranno a quest'ultima.

Viene tenuta un'Assemblea separata per ogni sezione di cui all'art. 4, così che ciascuna sezione esprime un delegato all'Assemblea generale.

L'appartenenza del socio alla sezione è definita nel "Regolamento applicativo di Mutua Tutela".

ART. 16

Hanno diritto al voto i Soci che risultino iscritti nel libro dei Soci da almeno tre mesi ed in regola con il pagamento della quota di adesione e dei contributi.

Ciascun Socio ha diritto ad un solo voto e può farsi rappresentare da un altro Socio mediante delega scritta.

Il voto dei soci si estrinseca nell'assemblea separata.

ART. 17

La convocazione dell'assemblea, sia di quella ordinaria che straordinaria, è eseguita mediante lettera raccomandata inviata ai soci almeno 20 (venti) giorni prima di quello fissato per le assemblee separate; l'Assemblea generale dovrà essere prevista almeno 15 (quindici) giorni dopo tale data.

L'avviso di convocazione verrà altresì inserito nel sito Internet della Mutua.

L'avviso di convocazione deve contenere, per quanto concerne le Assemblee separate, l'indicazione del luogo, giorno e ora in cui verranno tenute, l'ordine del giorno relativo alle materie da trattare nell'Assemblea generale, la previsione di nomina del delegato. Per le Assemblee separate è prevista un'unica convocazione.

Per quanto concerne l'Assemblea Generale il luogo, il giorno e l'ora di prima e seconda convocazione, l'ordine del giorno.

Le Assemblee separate sono convocate e si tengono nei capoluoghi regionali. L'Assemblea generale è convocata e si tiene presso la sede sociale od altrove, purché in Italia.

ART. 18

Le Assemblee separate sono validamente costituire qualunque sia il numero dei soci presenti o rappresentati per delega, aventi diritto al voto; deliberano a maggioranza dei voti sulle materie che formano l'oggetto dell'Assemblea generale e nominano il delegato che interverrà all'Assemblea generale (ordinaria o straordinaria). Risulta eletto quale delegato colui che ottiene il maggior numero dei voti. Può essere nominato delegato solo un socio.

L'Assemblea separata è presieduta da persona prescelta dai presenti che pure designano il segretario; dei lavori dell'assemblea separata viene redatto verbale, da annotare in apposito libro.



ART. 19

L'assemblea generale sia ordinaria che straordinaria, è regolarmente costituita, in prima convocazione con la presenza, in proprio o per delega, della metà più uno dei delegati nominati nelle assemblee separate; in seconda convocazione, qualunque sia il numero dei delegati presenti. Da parte dei delegati non è ammessa delega.

L'assemblea generale sia ordinaria che straordinaria delibera con la maggioranza assoluta dei delegati votanti, sui punti posti all'ordine del giorno.

Ciascun delegato ha diritto ad un solo voto.

Le votazioni sono sempre palesi.

L'Assemblea sia ordinaria che straordinaria è presieduta dal Presidente, oppure, in caso di sua assenza od impedimento dal Vice Presidente o da altro amministratore designato dagli intervenuti.

Il presidente dell'assemblea nomina un segretario, scegliendolo anche tra i non soci.

Delle riunioni è redatto processo verbale da firmarsi dal Presidente e dal Segretario.

TITOLO V

Consiglio di Amministrazione

ART. 20

Il Consiglio di Amministrazione è composto da 3 (tre) a 15 (quindici) membri eletti dall'Assemblea tra i Soci.

Il Consiglio dura in carica tre anni ed i suoi componenti sono rieleggibili.

Il Consiglio di Amministrazione elegge, scegliendoli tra i propri componenti, il Presidente ed un Vice Presidente della Mutua, qualora non siano stati previamente nominati dall'Assemblea.

Le funzioni di Segretario del Consiglio di Amministrazione possono essere svolte anche da un estraneo al Consiglio stesso.

ART. 21

Il Consiglio di Amministrazione ha il compito di definire gli indirizzi operativi della Mutua, di provvedere alla gestione della stessa in conformità delle leggi, dello statuto e del regolamento.

Il Consiglio di Amministrazione assume tutte le deliberazioni di ordinaria e straordinaria amministrazione che non siano espressamente riservate all'Assemblea.

In particolare il consiglio provvede all'aggiornamento e/o modifica del regolamento applicativo, per adeguarlo alla migliore operatività, anche gestionale, della Mutua.

Ogni deliberazione afferente aggiornamenti e/o modifiche del regolamento applicativo dovrà essere assunta dal consiglio senza possibilità di delega.

ART. 22

Il Consiglio di Amministrazione può delegare parte delle sue attribuzioni ad uno o più membri oppure ad un Comitato Esecutivo, composto dal Presidente, dal Vice Presidente e da due consiglieri.

Le deliberazioni del Comitato Esecutivo, che delibera a maggioranza dei suoi membri, devono risultare da verbale firmato da tutti gli intervenuti.

Alle riunioni del Comitato Esecutivo devono essere invitati i Sindaci.

Il Consiglio di Amministrazione può istituire comitati tecnici, stabilendone la composizione e le attribuzioni e rilasciare procure.

ART. 23

Il Consiglio di Amministrazione è convocato, presso la sede sociale od altrove purché in Italia, ogni qualvolta il Presidente ne ravvisi la necessità e, comunque, almeno una volta all'anno, nonché su richiesta del Collegio dei Sindaci.

La convocazione è fatta dal Presidente a mezzo lettera fax e/o e-mail e/o telegramma, da spedire non meno di cinque giorni prima della riunione; nei casi di urgenza almeno un giorno prima della riunione.

Il Consiglio di Amministrazione delibera con la presenza della maggioranza dei suoi componenti.

Le deliberazioni sono assunte a maggioranza dei consiglieri presenti e le votazioni sono palesi.

Il Consigliere personalmente interessato nelle questioni che si discutono deve astenersi dal partecipare alle deliberazioni.

In caso di parità dei voti, prevale il voto del Presidente.

ART. 24

L'eventuale remunerazione dei Consiglieri investiti di particolari incarichi è stabilita dal Consiglio di Amministrazione, sentito il Collegio Sindacale.

Il Consigliere che senza giustificato motivo non partecipa a tre sedute consecutive è considerato decaduto.

TITOLO VI

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione

ART. 25

Il Presidente del Consiglio di Amministrazione:

- ha la rappresentanza legale della Mutua di fronte ai terzi ed in giudizio in qualsiasi grado e specie di giurisdizione;
- convoca l'Assemblea dei Soci con le modalità previste ;
- convoca e presiede il Consiglio di Amministrazione ed il Comitato Esecutivo;



- cura l'attività complessiva della Mutua in modo che essa si svolga in conformità delle leggi, dello statuto, del regolamento, delle linee programmatiche stabilite dall'Assemblea ed in attuazione delle deliberazioni del Consiglio di Amministrazione;
 - cura la redazione del bilancio della relativa relazione illustrativa da presentare al Consiglio di Amministrazione e da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea;
 - formula al Consiglio di Amministrazione le indicazioni nominative per la attribuzione degli incarichi previsti dallo statuto.
- In caso di sua assenza od impedimento lo sostituisce con tutte le attribuzioni ed i poteri il Vice Presidente.

TITOLO VII

Il Collegio Sindacale

ART. 26

Il Collegio Sindacale è formato da tre sindaci effettivi di cui uno con funzioni di Presidente e due supplenti, eletti dall'Assemblea.

Essi durano in carica un triennio e sono rieleggibili .

L'Assemblea stessa stabilisce per i Sindaci la retribuzione che deve essere fissata per tutta la durata del mandato, prima della nomina stessa.

ART. 27

Il Collegio dei Sindaci deve controllare l'amministrazione della Mutua, vigilare sulla osservanza delle leggi e dell'atto costitutivo ed accertare la regolare tenuta della contabilità, la corrispondenza del bilancio e del conto profitti e perdite alle risultanze dei libri e delle scritture contabili.

I Sindaci devono anche:

- accertare che la valutazione del patrimonio sociale venga fatta con l'osservanza delle norme di legge;
 - accertare, almeno ogni tre mesi la consistenza della cassa o l'esistenza dei valori o dei titoli di proprietà della Mutua e di quelli; eventualmente ricevuti in pegno, cauzione o custodia;
- convocare l'Assemblea, quando non vi provveda l'organo competente.

ART. 28

Il Collegio dei Sindaci deve riunirsi almeno ogni trimestre.

I Sindaci devono redigere il verbale delle loro riunioni nell'apposito libro sul quale devono risultare anche gli accertamenti fatti individualmente.

Il Sindaco dissenziente ha diritto di far iscrivere a verbale i motivi del proprio dissenso.

TITOLO VIII

Il Personale - Il Regolamento

ART. 29

Il personale dirigente della Mutua ed i collaboratori muniti di procura sono nominati dal Presidente del Consiglio di Amministrazione con conferimento di delega al Presidente per la formalizzazione.

ART. 30

Il funzionamento della Mutua è disciplinato da apposito Regolamento Applicativo approvato dall'Assemblea.

TITOLO IX

Liquidazione - Norme finali

ART. 31

L'Assemblea straordinaria che dichiara lo scioglimento della società deve provvedere alla nomina di uno o più liquidatori stabilendone i poteri.

Il patrimonio risultante dalla liquidazione sarà devoluto ad altro organismo mutualistico.

ART. 32

Per quanto non regolato dall'atto costitutivo e dal presente statuto, valgono le disposizioni della Legge nr. 3818/1886 e della normativa vigente in materia.

REGOLAMENTO APPLICATIVO DI MUTUA TUTELA

ART. 1 - AMMISSIONE DEI SOCI

In applicazione all'art. 5 dello Statuto Sociale possono richiedere l'ammissione a Mutua Tutela tutti i cittadini della Repubblica Italiana o in essa residenti, purché abbiano compiuto il 18° anno di età.

Il Consiglio di Amministrazione, una volta accettata la domanda di ammissione, iscriverà il nuovo Socio nel libro dei Soci. Con la sottoscrizione della domanda di ammissione, l'aspirante Socio si impegna al rispetto delle norme dello Statuto Sociale e del Regolamento Applicativo. All'atto della domanda l'aspirante Socio ha il diritto di ricevere una copia dello Statuto Sociale e del Regolamento Applicativo ed ha il dovere di prenderne visione.

La decorrenza delle prestazioni di Mutua Tutela sarà quella del primo giorno del mese successivo al primo pagamento del contributo associativo e dei contributi relativi alle formule scelte.

Da tale data si presume di diritto la conoscenza da parte del nuovo Socio delle norme statutarie e regolamentari.

Le carenze per acquisire il diritto ai sussidi relativi alle prestazioni dei Fondi prescelti dal Socio (e per le quali ha versato il relativo contributo) sono stabilite ed indicate nelle Norme che regolano le prestazioni dei singoli Fondi.

Con l'iscrizione a Mutua Tutela (od il rinnovo annuale dell'iscrizione) il Socio ed il suo intero nucleo familiare beneficiano per l'intera durata dell'anno associativo delle prestazioni assistenziali previste e regolamentate dalle Norme di Assistenza.

ART. 2 - AVENTI DIRITTO

Sono aventi diritto il Socio e (se iscritti) i seguenti componenti del nucleo familiare:

- il coniuge o la persona che vive sotto lo stesso tetto more uxorio con il Socio, fiscalmente a carico e non,
- i figli fiscalmente a carico conviventi e non (compresi anche i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati o affiliati).
- I figli di età superiore ai 26 anni possono essere compresi nel nucleo previo rilascio di autocertificazione che dichiara il carico fiscale in capo all'iscritto.

Le variazioni del nucleo familiare iscritto devono essere comunicate a Mutua Tutela all'atto del loro verificarsi e, comunque, non oltre il trentesimo giorno da quello in cui le variazioni medesime si sono verificate.

In caso di decesso del Socio, i familiari dello stesso (iscritti) hanno diritto alla prosecuzione delle prestazioni per tutto l'anno solare in cui il decesso è avvenuto e possono continuare nell'iscrizione a Mutua Tutela.

L'adesione vincola il Socio per un triennio contributivo e si intende rinnovata tacitamente per un ugual periodo, in difetto di disdetta a mezzo lettera raccomandata A.R. da inviarsi da parte del Socio stesso almeno tre mesi prima della scadenza.

ART. 3 - QUOTA E CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

L'anno contributivo inizia il 1 Luglio e termina il 30 Giugno.

I nuovi Soci sono tenuti al pagamento della quota associativa una tantum determinata in Euro 5,16 e del contributo associativo annuale nella misura di Euro 52, valevole per l'intero nucleo familiare, per quanto attiene l'esercizio in corso.

In caso di mancato pagamento dei contributi previsti, o parte degli stessi, le prestazioni di Mutua Tutela restano sospese dal trentesimo giorno dopo quello della scadenza. Le prestazioni riprendono vigore 30 giorni dopo il pagamento del contributo se questo avviene entro i 150 giorni successivi alla data di sospensione. Dopo 6 mesi dalla scadenza l'Associato viene escluso, fermo restando il diritto di Mutua Tutela di esigere i contributi dovuti e non versati.

La misura del contributo annuale viene determinata, di anno in anno e prima dell'esercizio cui si riferisce, dal Consiglio di Amministrazione e ratificata alla prima successiva assemblea dei Soci.

Con il versamento dei contributi associativi il Socio ed il suo nucleo familiare hanno diritto alle "Prestazioni di assistenza" come previsto dalle Norme che le regolano.

ART. 4 - ISTITUZIONE DELLE SEZIONI

Nel rispetto delle aree geografiche di appartenenza e quindi, preferibilmente, in ciascun capoluogo di regione, sono costituite una o più sezioni, secondo quanto previsto al comma che segue.

Ogni sezione è formata da non più di cento soci, rispettando, per quanto possibile, mediante accorpamento, l'omogeneità del numero degli iscritti alle varie sezioni.

Tale numero di cento potrà essere modificato in aumento, per delibera di consiglio, secondo miglior opportunità operativa e nel rispetto degli interessi della Mutua.

L'iscrizione di nuovi soci comporterà, secondo necessità, l'adeguamento del numero delle sezioni.

L'apertura di nuove sezioni, il reperimento della sede regionale e quant'altro necessario per il funzionamento delle sezioni, è curato ed attuato dal Consiglio di Amministrazione, cui compete ogni potere in proposito.

ART. 5

I soci della Mutua sono inseriti, a cura del Consiglio di Amministrazione, nella sezione di competenza, in base alla residenza ed alla data di iscrizione alla Mutua.

Il Consiglio di Amministrazione provvede a tenere un albo aggiornato delle sezioni e dell'appartenenza alle stesse dei soci.

Il Consiglio, una volta perfezionata l'iscrizione alla Mutua dell'aspirante socio, provvede a comunicare allo stesso, entro sessanta giorni, l'intervenuta iscrizione a libro soci e la sezione di appartenenza.

Compete al Consiglio ogni attività ed incumbente per l'esecuzione di quanto previsto nel presente articolo.



ART. 6 - PRESTAZIONI DEI FONDI A FAVORE DEGLI ISCRITTI E RELATIVI CONTRIBUTI

Il Socio ha il diritto di usufruire a sua scelta delle prestazioni di uno o più dei Fondi di Mutua Tutela, sulla base delle Combinazioni prescelte e dei contributi versati.

Le prestazioni dei Fondi di Mutua Tutela e delle relative Combinazioni ed i relativi contributi saranno di anno in anno definite dal Consiglio di Amministrazione di Mutua Tutela e rese note in tempo utile ai Soci attraverso opportune forme di comunicazione.

L'iscrizione ai Fondi vincola il Socio per un triennio e si intende rinnovata tacitamente per un ugual periodo nel solo caso in cui vengano confermate di anno in anno le condizioni ed i termini delle prestazioni. In caso contrario il Socio può recedere dalle stesse a mezzo lettera raccomandata A.R., telefax, E-mail o telegramma, da inviarsi almeno trenta giorni prima della scadenza.

In caso di mancato pagamento dei contributi previsti, o parte degli stessi, le prestazioni di Mutua Tutela restano sospese dal trentesimo giorno dopo quello della scadenza. Le prestazioni riprendono vigore 30 giorni dopo il pagamento del contributo se questo avviene entro i 150 giorni successivi alla data di sospensione.

ART. 7 - PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI

Il pagamento dei contributi dovrà essere effettuato in unica soluzione, secondo le seguenti modalità:

- mediante bonifico bancario;
- mediante versamento in c/c postale;
- mediante assegno bancario o circolare;
- mediante sottoscrizione di apposita delega da parte del Socio, lavoratore dipendente di una azienda che ha sottoscritto con Mutua Tutela un apposito accordo per la trattenuta in busta paga dei contributi per conto del Socio stesso.

ART. 8 - LEGGE 675/96

Il Socio ed i componenti iscritti del suo nucleo familiare contestualmente alla sottoscrizione della domanda di ammissione, ai sensi dell'art. 13 Legge 675/96, prestano il consenso a che tutti i dati personali anche sensibili (anagrafici, postali, telefonici, fiscali, erogazione sussidi, stato di salute, regolarità pagamenti, domiciliazione bancaria, ecc.) siano registrati nella banca dati di Mutua Tutela e vengano utilizzati unicamente per la gestione contrattuale del rapporto fra Mutua Tutela ed il Socio e per l'assolvimento degli obblighi di legge. Prestano inoltre consenso a che la diffusione dei dati personali a soggetti esterni avvenga unicamente nei seguenti casi:

- soggetti esterni con specifici incarichi per conto di Mutua Tutela (gestione servizi informativi e di prenotazione delle prestazioni, gestione e liquidazione sussidi, copertura riassicurativa delle prestazioni, contabilità, bilanci, questioni fiscali, pagamenti quote associative),
- istituti bancari e servizio postale,
- soggetti ed enti con finalità mutualistiche o sociali,
- in tutti i casi previsti dalla legge.

Il Socio è consapevole di avere diritto a conoscere la natura ed il trattamento dei dati che lo riguardano e, conseguentemente, di potersi rivolgere ai responsabili del trattamento di tali dati.

Il Socio, sempre ai sensi dell'art. 13 della legge, ha diritto di richiedere ed ottenere la cancellazione dei dati, di ottenerne la trasformazione in forma anonima, od il blocco dei dati trattati in violazione della legge o di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento degli stessi.

ART. 9 - DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER LA DOMANDA DI SUSSIDIO

Mutua Tutela stabilisce, nel rispetto dello Statuto Sociale, la documentazione necessaria da produrre a supporto di ciascuna domanda di sussidio.

Il Socio, con la domanda di ammissione, prende coscienza che Mutua Tutela potrà richiedergli tutta la documentazione che riterrà opportuna a conferma della validità del sussidio richiesto.

La mancata o incompleta presentazione della documentazione comporta la decadenza al diritto al sussidio, qualora la documentazione medesima non venga presentata entro i termini di cui all'articolo seguente.

ART. 10 - TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI SUSSIDIO

Tutti i sussidi sono erogati da Mutua Tutela esclusivamente su richiesta del Socio o del familiare erede direttamente interessato, nel termine tassativo e perentorio di 90 giorni dalla fine dell'evento che dà titolo al sussidio. Oltre tale termine il diritto al sussidio si intende estinto per decadenza maturata per tacita rinuncia da parte degli interessati, fatti salvi i casi documentati di forza maggiore.

ART. 11 - ALLEGATI AL REGOLAMENTO APPLICATIVO

Le prestazioni delle Combinazioni dei Fondi di Mutua Tutela sono elencate e descritte in apposite NORME che sono parte integrante del presente Regolamento Applicativo e come tali devono essere rispettate dai Soci.

Tali Norme sono approvate dal Consiglio di Amministrazione, che può delegarne la formulazione al Comitato Tecnico.



FONDO SANITARIO MUTUA TUTELA

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI

Iscritto

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata la copertura.

Società

Unisalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Contributo

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, 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 aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui Unisalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la copertura.

Termini d'aspettativa

Periodo di tempo che intercorre tra la data di iscrizione a Mutua Tutela e l'inizio delle prestazioni stesse

Malattia pregressa

Malattie che sono espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di adesione alla Mutua



Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Isritto.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Isritto l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Isritto.

LE PRESTAZIONI DEL FONDO SANITARIO

1. OGGETTO DELLA COPERTURA

La copertura è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Isritto per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- protesi ortopediche e acustiche;
- extraospedaliere;
- prevenzione per il solo iscritto inferiore a 36 anni;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Isritto può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE COPERTE

Hanno diritto alla copertura il socio e se iscritti anche il suo nucleo familiare inteso come coniuge o il convivente more uxorio fiscalmente a carico e non, i figli fiscalmente a carico conviventi e non con il titolare (compresi anche i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati o gli affiliati). Sono inoltre compresi con versamento del relativo premio i figli di età superiore ai 26 anni d'età previo rilascio di autocertificazione che dichiara il carico fiscale in capo all'iscritto titolare.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 20 giorni per ricovero.

f) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'iscritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.550,00 per ricovero sia in Italia che all'estero.

3.3 CURE ONCOLOGICHE, ISTERECTOMIA, OSTEOSINTESI, ARTROPROTESI E PROSTATECTOMIA

La società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", 3.2 "Trasporto sanitario" e per le cure di natura oncologica, per isterectomia, osteosintesi, artroprotesi, ritrosizzazione d'anca e prostatectomia con il limite massimo di risarcimento per ogni tipologia di evento e per anno e persona di € 10.000,00. In questo massimale rientrano anche i grandi interventi chirurgici relativi alle cinque prestazioni sopraelencate presenti nell'elenco allegato.

3.4 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", 3.2 "Trasporto sanitario" e 3.3 "Cure oncologiche" con i relativi limiti in essi indicati. La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

3.5 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico, c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero", 3.2 "Trasporto sanitario" e 3.3 "Cure oncologiche" con i relativi limiti in essi indicati.

3.6 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", 3.2 "Trasporto sanitario" e 3.3 "Cure oncologiche" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.7 PARTO E ABORTO

3.7.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; f) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 10.000,00 per anno e singolo, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.7.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura", lettera f) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 2.500,00 per anno e singolo, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate nei modi seguenti:

- senza applicazione di franchigie per iscritti con età compresa tra 0 e 35 anni compiuti;
- con applicazione di una franchigia di € 1.000,00 per iscritti con età compresa tra 36 e 55 anni compiuti;
- con applicazione di una franchigia di € 1.500,00 per tutti gli iscritti con più di 55 anni d'età;

ad eccezione delle seguenti:

punto 3.2 "Trasporto sanitario",

che vengono rimborsate all'Isritto nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

punto 3.7 "Parto e aborto";

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Isritto nei modi seguenti:

- con uno scoperto del 20% e con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 per iscritti con età compresa tra 0 e 35 anni compiuti;
- con uno scoperto del 25% e con il minimo non indennizzabile di € 1.900,00 per iscritti con età compresa tra 36 e 55 anni compiuti;
- con uno scoperto del 25% e con il minimo non indennizzabile di € 2.900,00 per tutti gli iscritti con più di 55 anni d'età;

ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. e) "Accompagnatore";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

punto 3.7 "Parto e aborto";

che vengono rimborsate all'Isritto nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Isritto sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Isritto nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Isritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Isritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 30,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per anno e nucleo. Nel caso di iscritti e loro familiari con età inferiore o uguale ai 55 anni la diaria viene elevata a € 100,00 per ogni giorno di ricovero

3.10 MASSIMALE

Il massimale annuo coperto per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 103.000,00 per singolo. Nel caso di grande intervento chirurgico, come da lista allegata, il massimale si intende elevato a € 258.000,00.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

- Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)
- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Elettromiografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

Il massimale annuo coperto per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per singolo.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Per gli Isritti con età uguale o superiore a 45 anni verrà applicata una franchigia fissa di € 40,00 per prestazione.

Nel caso in cui l'Isritto si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 90% con il minimo non indennizzabile di € 75,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Isritto.

5. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per le protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 1.000,00 per. Il massimale deve intendersi come sotto massimale dell'area ricovero.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 10% e con un minimo non indennizzabile di € 75,00 per evento.

6. EXTRAOSPEDALIERE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche (ambulatoriali e domiciliari), accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici e degli esami del sangue e delle urine.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Isritto vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime con applicazione di una franchigia fissa di € 20,00 per prestazione.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 75,00 per ogni prestazione.



Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Isritto.

Il massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 3.620,00 per singolo.

7. PREVENZIONE (per il solo Isritto con età inferiore ai 36 anni)

Pagamento delle prestazioni di prevenzione effettuate in strutture convenzionate una sola volta all'anno:

- prelievo venoso
- ALT
- AST
- gamma GT
- glicemia
- colesterolo totale
- trigliceridi
- urea
- creatinina
- emocromo
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- VES
- esame urine

8. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese nel limite annuo e singolo di € 800,00, per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate, le spese per prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, senza l'applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con il minimo non indennizzabile di € 75,00 per ogni ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Isritto si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Isritto.

9. DIAGNOSI COMPARATIVA

Qualora l'assicurato avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde **800-016626**.

In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

La compagnia mette a disposizione dell'assicurato i seguenti servizi:

1. Consulenza Interna

Unisalute, attraverso Best Doctors®, fornisce un servizio che rilascia un referto scritto, sulla base dell'analisi dei referti medici dell'assicurato, dell'esame da parte dei medici associati a Best Doctors® dei principali risultati diagnostici presentati e dell'analisi e i consigli di un medico specialista le cui caratteristiche risultano essere appropriate al caso. La relazione scritta includerà un sunto delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.

2. Trova Il Miglior Medico

Unisalute, attraverso Best Doctors®, fornisce un servizio che metterà in contatto l'assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i migliori nel trattamento di quella particolare malattia. Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'assicurato.

3. Trova la Miglior Cura

Unisalute, attraverso Best Doctors®, prende tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio clienti 24 ore su 24 per i pazienti. Amministrativamente, Best Doctors® supervisiona il pagamento delle richieste mediche di risarcimento, incluso garantire che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors consente sconti significativi sulle tariffe mediche.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla



- Paralisi
- Morbo di Parkinson

- Infarto
- Ictus

- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, il cliente dovrà inviare alla Compagnia la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

10. SERVIZI DI CONSULENZA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016626 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Iscritto necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

11. CONTRIBUTI

I contributi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi a cui vanno aggiunte le quote di adesione alla Mutua Tutela:

| | |
|--|-------------------|
| Per ogni Iscritto tra 0 e 35 anni d'età compiuti alla data di partenza della copertura | € 500,00 |
| Per ogni Iscritto compreso tra 36 e 55 anni d'età compiuti alla data di partenza della copertura | € 800,00 |
| Per ogni Iscritto da 56 anni d'età alla data di partenza della copertura | € 1.160,00 |

12. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

L'inclusione per i nuovi Iscritti è prevista in ogni momento dell'anno previo invio del modulo di adesione alla Mutua Tutela e del versamento alla stessa del relativo contributo di iscrizione. L'effetto della copertura partirà dal giorno di ricezione del modulo interamente compilato se anche viene effettuato il pagamento del contributo, per le modalità si rimanda al regolamento della Mutua Tutela. (Le variazioni avvenute nel mese di maggio e giugno avranno effetto dal 30/6).

Per gli inserimenti il contributo da versare sarà calcolato in 360°.

L'esclusione in corso d'anno è prevista esclusivamente nel caso di decesso del titolare, in questo caso la copertura per tutti i cesserà a far data dal decesso con rimborso del contributo tassabile non goduto (le variazioni avvenute nel mese di maggio e giugno avranno effetto dal 30/06).

Qualora un componente del nucleo familiare già in copertura uscisse dallo stato di famiglia resterà fino alla prima scadenza annua, in questo caso dovrà essere comunicato col presente modulo.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELLA COPERTURA

La copertura ha effetto dalle ore 24 del giorno di avvenuto iscrizione alla Mutua Tutela, se il contributo è stato pagato, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.



I contributi devono essere pagati alla Mutua Tutela.

Se l'Isritto non paga i contributi o le rate successive, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

A.2 TERMINI DI ASPETTATIVA “per i nuovi iscritti”

La garanzia decorre dalle ore 24 :

- per le malattie dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla decorrenza;
- per il parto e patologie dipendenti da gravidanza a pauperio, dalle ore 24 del 300° giorno successivo alla decorrenza.

A.3 DURATA DELLA COPERTURA / TACITA PROROGA

La copertura ha durata annuale e scade alle ore 24 della data indicata in frontespizio.

In mancanza di disdetta, la stessa si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno due mesi prima della scadenza del contratto.

A.4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI COPERTURA

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

A.5 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi alla copertura sono a carico dell'Isritto, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della stessa.

A.6 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

A.7 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di un anno a norma dell'art. 2952 c.c..

A.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALLA COPERTURA

La copertura non è operante per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
- le patologie pregresse limitatamente per tutti gli associati a Mutua Tutela che hanno aderito per la prima volta con decorrenza successiva al 01/07/2003;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 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);
- 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'Isritto 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'Isritto 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.

- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
 - il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
 - gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
 - gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Isritto;
 - 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 spese al di fuori del territorio italiano (esclusi i casi di emergenza), se non preventivamente autorizzate dalla società. Nel caso in cui il socio a seguito di mancato ottenimento della preventiva autorizzazione della società decidesse comunque di ottenere all'estero la prestazione, resta convenuto che Mutua Tutela erogherà come massimo l'ammontare delle spese, stimato da Unisalute, in cui il socio sarebbe incorso qualora avesse avuto tali prestazioni in Italia (l'ammontare delle spese che Unisalute corrisponderà sarà pari al valore delle stesse previsto dal DRG). La stessa normativa si applica in caso di mancata richiesta di autorizzazione preventiva.

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Isritto o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito **800-016626** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia **+39.0516389046**) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società", C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Isritto utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

L'Isritto dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Isritto dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Isritto delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Isritto né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società"

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Isritto deve inviare direttamente alla sede della Società la documentazione necessaria:

modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Isritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Isritto viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Isritto abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Isritto verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

C.1.3 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Isritto dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.1.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Isritto.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Isritto con cadenza mensile.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Isritto in merito alla stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e tutti i sinistri non liquidati;
- riepilogo trimestrale delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre;
- riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'isritto.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

C.2 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Isritto.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

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

ELENCO GRANDI INTERVENTO CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
Interventi di cranioplastica
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
Asportazione tumori dell'orbita
Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare
Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori maligni del cavo orale
Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
Ricostruzione della catena ossiculare
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per echinococchi polmonare
Pneumectomia totale o parziale
Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi con esofagooplastica
Intervento per mega-esofago
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Interventi di amputazione del retto-ano
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Drenaggio di ascesso epatico
Interventi per echinococchi epatica
Resezioni epatiche

Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Cistoprostatovescicolectomia
Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per costola cervicale
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi di resezione di corpi vertebrali
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati iscritti dal momento della nascita)

Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
Correzione chirurgica di megauretere congenito
Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti



Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati Personali (Codice della Privacy - Decreto Legge 196 del 30.06.2003)

INFORMATIVA PRIVACY

Cari Soci,

per poter dare operatività alle prestazioni, ai servizi ed alle assistenze messe a Vostra disposizione da Mutua Tutela e dai suoi Fondi, Vi informiamo che Mutua Tutela deve immettere nei propri sistemi informatici e trattare i Vostri dati personali generali (es. nome, cognome,....)

Vi ricordiamo che secondo il disposto dal Codice della Privacy, Voi potrete esercitare in qualsiasi momento il diritto di essere cancellati dalla nostra banca dati.

Nel caso di utilizzo delle prestazioni, dei servizi e/o delle assistenze, Mutua Tutela dovrà immettere nei propri sistemi informatici e trattare anche i Vostri dati personali sensibili (es. cartella clinica, referti, prescrizioni mediche,...) e dopo aver eseguito quanto di sua competenza Mutua Tutela dovrà inviare tutta la documentazione sanitaria e di spesa alle Organizzazioni che, come sapete, gestiscono in collaborazione con Mutua Tutela le Vostre richieste di sussidio.

Per poter essere operativa Mutua Tutela deve ottenere il Vostro consenso scritto e firmato. Troverete il “consenso” da firmare sul retro della domanda di adesione a Mutua Tutela ed in caso di utilizzo presso le strutture sanitarie convenzionate.

MUTUA TUTELA
Società di Mutuo Soccorso



DOMANDA DI ADESIONE A MUTUA TUTELA e di iscrizione al Fondo Sanitario Mutua Tutela FSMT

Richiedo di poter aderire a MUTUA TUTELA ed ai fini dell'accoglimento della presente domanda, fornisco i miei dati personali e del mio nucleo familiare:

| | | | |
|------------------|--|------------------|--|
| COGNOME | | NOME | |
| SESSO | | CODICE FISCALE | |
| DATA DI NASCITA | | LUOGO DI NASCITA | |
| COMUNE DI RESID. | | PROV. | |
| INDIRIZZO | | N. | |
| | | C.A.P. | |
| CITTADINANZA | | ATTIVITÀ | |
| TELEFONI | | | |
| TELEFAX | | E-MAIL | |
| SPONSOR | | | |
| BANCA | | | |
| COD. IBAN | | | |

Nucleo Familiare (elencare tutti i nominativi delle persone appartenenti al nucleo familiare compreso il richiedente/titolare).
Barrare il quadro **SI** della colonna "FSMT" per i soli soggetti che intendono iscriversi al Fondo Sanitario Mutua Tutela.

| | COGNOME NOME | SESSO | DATA E LUOGO DI NASCITA | GRADO DI PARENTELA | FSMT |
|---|-----------------|-------|----------------------------|-----------------------|----------|
| 1 | | | | Titolare | SI NO |
| 2 | | | | | SI NO |
| 3 | | | | | SI NO |
| 4 | | | | | SI NO |
| 5 | | | | | SI NO |

Ai fini della detraibilità fiscale del contributo (Art. 13 bis lettera i-bis T.U.I.R. - D.P.R. 22.12.1986 nr. 917 e succ. modifiche ed integrazioni) e per la regolarità di quanto sopra, confermo di aver versato a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato a **Mutua Tutela - Società di Mutuo Soccorso** presso la **Banca Popolare di Milano - Ag. 31, Via Carlo Farini, 81 - 20159 Milano** (Coordinate bancarie IBAN: IT 40 H 05584 01631 000000014638) - Causale: "**Contributi Mutua Tutela - Società di Mutuo Soccorso - Periodo** _____", il contributo pari a Euro _____ (di cui Euro 5,16 quale quota di adesione una tantum ed Euro 52,00 quale contributo relativo alla quota associativa). In merito allego copia della contabile bancaria.

Dichiaro che tutti i dati riportati nella domanda di adesione sono conformi a verità e di avere preso visione degli atti e delle norme di Mutua Tutela.

_____ lì _____ Il richiedente _____

N.B.: La validità delle prestazioni erogate da MUTUA TUTELA decorrerà dalla data riportata sulla conferma di adesione e scadrà alle ore 24.00 del 30.06 p.v., fermo restando quanto previsto dalle norme che regolano il FSMT.



INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy (DL 196 DEL 30/06/03)

Con effetto 1° gennaio 2004 è entrato in vigore il Codice della Privacy che riunisce in un unico contesto la legge 675/1996 e gli altri decreti legislativi, regolamenti, e codici deontologici che si sono succeduti in questi anni. Ai sensi del suddetto articolo la Mutua, in qualità di "titolare" del trattamento dei dati personali è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo degli stessi. Alcuni dati devono essere comunque acquisiti dalla Mutua (anagrafica, codice fiscale, estremi di documenti di identificazione). Gli ulteriori dati personali richiesti sono strettamente connessi e strumentali alla gestione dei rapporti con le società associate e con i singoli iscritti in relazione ai contributi ed alle prestazioni da erogare.

1. Finalità del trattamento dati

I dati personali vengono trattati nell'ambito della tipica operatività di Mutua Società di Mutuo Soccorso, avente le seguenti finalità:

- a) garanzia, come da statuto e regolamento, dell'erogazione delle prestazioni prescelte, una volta verificato l'esatto adempimento del versamento dei contributi associativi nel loro complesso,
- b) rispetto degli obblighi di legge, dei regolamenti e delle normative comunitarie, nonché delle disposizioni impartite da autorità a ciò preposte e legittimate, da organi di vigilanza e controllo.

2. Dati sensibili

La Mutua non richiede agli iscritti normalmente l'indicazione di dati sensibili come definiti dal Codice della Privacy all'art.4, eccetto alcuni direttamente riferibili alle prestazioni di rimborso spese mediche ed allo stato di salute. Per il trattamento di tali dati la legge impone la approvazione specifica che si trova nella dichiarazione di consenso allegata.

3. Modalità del trattamento

I dati verranno trattati principalmente con strumenti manuali, elettronici, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e verranno memorizzati sia su supporti informatici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza ai sensi del Disciplinary Tecnico in materia di misure minime di sicurezza, Allegato B del Codice della Privacy.

4. Conferimento dei dati

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, può essere obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio).

5. Conseguenza del rifiuto dei dati

In caso di mancato inserimento di uno più dati obbligatori richiesti al punto 4 gli interessati non potranno godere dei servizi previsti dalla Mutua.

6. Soggetti a cui potranno essere comunicati i dati personali

I dati personali relativi al trattamento in questione possono essere comunicati ad altri soggetti coinvolti, come previsto dallo statuto e regolamento e da polizze assicurative sottoscritte dalla Mutua. A titolo esemplificativo e non esaustivo, indichiamo: Assicuratori, Riassicuratori, Periti, Avvocati, Mediatori di Assicurazione e Riassicurazione, professionisti e società che effettuano outsourcing per conto della Mutua, Commissioni di Vigilanza, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, etc. etc.

Senza il consenso dell'interessato alla comunicazione dei dati alle suddette società ed ai correlati trattamenti, la Mutua potrà dare corso solo a quelle operazioni e servizi che non

richiedono la comunicazione di dati personali a terzi, vale a dire trasmissione di avvisi di scadenza, consulenza assicurativa, trasmissione quietanze sinistri.

7. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

8. Trasferimenti dei dati all'estero

Per le medesime finalità di cui al punto 1., i dati personali possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale.

9. Diritti dell'interessato

In relazione al trattamento di dati personali, ai sensi dell'art. 7 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti) del Codice della Privacy, l'interessato:

- 1) ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
- 2) ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali,
 - b) delle finalità e modalità del trattamento,
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici,
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2,
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
- 3) ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati,
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati,
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
- 4) ha diritto di opporsi in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta,
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

10. Titolare del trattamento

MUTUA TUTELA - Società di Mutuo Soccorso.

Per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta a: MUTUA TUTELA - Società di Mutuo Soccorso - C.so Unione Sovietica, 113 - 10134 TORINO - Tel. 800-906078 - fax +39 01131335.50 - E-mail mutua@tutela.com - Alla cortese attenzione del Responsabile del trattamento dati.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa che ci è stata fornita ai sensi del Codice della Privacy di cui sopra,

acconsento / acconsentiamo

al trattamento dei dati personali comuni che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Mutua Tutela;

DATI SENSIBILI

Per quanto riguarda il trattamento di dati "sensibili", eventualmente acquisiti dalla Mutua per l'esecuzione delle operazioni e dei contratti indicati a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo al punto 2. della predetta informativa, sempre nei limiti in cui esso sia strumentale alla specifica finalità perseguita dall'operazione o dai servizi da me/noi richiesti e il loro eventuale trasferimento all'estero:

acconsento / acconsentiamo

RICERCA DI MERCATO E VERIFICA QUALITÀ DEL SERVIZIO OFFERTO

Per quanto riguarda la comunicazione da parte della Mutua o da parte di società del gruppo di appartenenza dei miei/nostri dati a società di ricerche di mercato e indagini al fine di verificare la qualità dei servizi e prodotti erogati dalla Mutua nonché in merito alla soddisfazione dei Clienti e il loro eventuale trasferimento all'estero.

Acconsento/acconsentiamo

Non acconsento/acconsentiamo

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

1) Nome e Cognome del richiedente e firma _____

2) Nome e Cognome del familiare e firma _____

3) Nome e Cognome del familiare e firma _____

4) Nome e Cognome del familiare e firma _____

5) Nome e Cognome del familiare e firma _____

Luogo e data _____

N.B.: La presente domanda di adesione è da inviarsi a:

MUTUA TUTELA - Società di Mutuo Soccorso - C.so Unione Sovietica, 113 - 10134 Torino