

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al Consiglio di
 Amministrazione di
 MUTUA ITALIA ETS
 Società di Mutuo Soccorso

Il Sottoscritto
 nato a (.....) il
 residente CAP Via
 n. Tel. Attività
 esercitata Cod. Fiscale
 indirizzo e-mail Cell.

chiede

di essere iscritto a MUTUA ITALIA in qualità di titolare del rapporto associativo, versando la quota di iscrizione di € 30,00 (dico euro trenta) una tantum, con l'assunzione di quanto previsto e prescritto da Statuto e Regolamento, che sono stati redatti in osservanza della normativa che regola le Società di Mutuo Soccorso
 SCEGLIENDO UNO DEI SEGUENTI PIANI SANITARI:

	Singolo		Nucleo	
Piano Sanitario Silver	€ 150		€ 300	
Piano Sanitario Gold	€ 250		€ 500	
Piano Sanitario Platinum	€ 450		€ 900	

Richiede inoltre l'estensione della copertura e iscrizione dell'intero nucleo familiare convivente (marito, moglie, conviventi more uxorio o uniti civilmente, figli) risultante da autocertificazione; i quali delegano il titolare a tenere i rapporti con la Mutua, in particolare per quanto riguarda i versamenti dei contributi associativi e la ricezione dei sussidi e dei rimborsi.

Tutti i sottoscritti dichiarano di aver preso visione di Statuto e Regolamento, impegnandosi ad osservarli integralmente e di accettarne ogni variazione che sia validamente approvata dall'Assemblea, come pure ogni deliberazione legalmente assunta dal CdA della MUTUA, in particolare la determinazione delle prestazioni dei Piani Sanitari e dei contributi associativi annui.

Provvede al versamento della quota di iscrizione e dei contributi associativi e la autocertificazione del proprio nucleo familiare convivente ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000.

Grado di parentela	Cognome e Nome familiari	luogo e data di nascita	Codice Fiscale

Chiede che gli eventuali sussidi e rimborsi gli vengano accreditati sul proprio c/c bancario

COORDINATE BANCARIE IBAN

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C

In fede

.....il

.....

1. ISCRIZIONE

Per usufruire dei Piani Sanitari e della relativa copertura sanitaria occorre compilare la domanda di adesione a MUTUA ITALIA Sms completa di modulo della privacy e di autocertificazione dello stato di famiglia.

L'iscrizione alla Mutua è consentita entro il 65° anno di età (anche compiuto) e può essere estesa in modo facoltativo al nucleo familiare (coniuge o convivente more uxorio o unito civilmente e i figli conviventi fino a 25 anni).

Eventuali figli > 25 anni o altri familiari conviventi possono attivare una autonoma posizione associativa versando il relativo contributo previsto per le posizioni titolare singolo o nucleo familiare.

L'estensione della copertura al nucleo familiare sposta la decorrenza triennale del rapporto associativo. Pertanto deve essere confermata per almeno un triennio pieno salvo variazioni della composizione del nucleo familiare che dovranno essere opportunamente documentate.

Gli iscritti hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente alla Mutua tutti i cambiamenti intervenuti nel proprio stato di famiglia. Nel caso di nascita di un figlio, l'associato ne darà comunicazione alla Mutua per inserirlo in copertura, come pure dovrà comunicare l'uscita dal nucleo di un familiare convivente.

2. DURATA IMPEGNO ASSOCIATIVO

L'adesione ad uno dei Piano Sanitari comporta l'iscrizione alla Mutua con il contestuale versamento della quota di iscrizione una tantum fissata in €30,00 e dei relativi contributi associativi per un periodo triennale oltre l'anno di iscrizione, con rinnovo automatico di tre anni in tre anni, salvo disdetta da inviarsi a mezzo RAR almeno tre mesi prima di ogni scadenza.

MUTUA ITALIA è una Società di Mutuo Soccorso senza fine di lucro e in quanto tale non sono ad essa applicabili le norme sul recesso unilaterale previsto per i clienti di Banche o Compagnie di Assicurazioni. MUTUA ITALIA Sms a sua volta non esercita diritto di recesso nei confronti dei propri Soci prima della scadenza delle coperture dei propri Piani Silver, Gold e Platinum che è stabilita a 80 anni. La copertura cessa al 31.12 dell'anno in cui il Socio ha compiuto l'80° anno di età.

3. VARIAZIONE PIANO SANITARIO

Per cambiare tipo di PIANO SANITARIO è necessario attendere la scadenza naturale del rapporto associativo in corso. Gli associati, già iscritti ad un PIANO SANITARIO, possono però passare ad un Piano superiore anche prima della scadenza del rapporto in corso, a partire dal mese di gennaio dell'anno successivo.

Il passaggio a tipi di assistenza più ampia (e l'abbinamento di più formule di assistenza) è consentito sino all'età massima prevista per la prima iscrizione fissata a 65 anni.

Il passaggio avviene a partire dall'inizio dell'anno solare successivo, con l'applicazione delle carenze assistenziali previste per la fruizione delle prestazioni diverse o maggiorate del nuovo PIANO SANITARIO.

Il passaggio ad un altro PIANO SANITARIO fa decorrere nuovamente la durata triennale del rapporto associativo e deve coinvolgere tutto il nucleo familiare se già iscritto in altre forme, salvo variazioni che fossero intervenute nello stato di famiglia.

4. MODALITA' VERSAMENTO CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

In caso di iscrizione nel corso dell'anno, l'iscritto verserà il contributo in ratei mensili partendo dal mese di iscrizione fino alla fine dell'anno.

Il primo anno in caso di iscrizione nel 1° semestre (da gennaio a giugno) l'associato verserà l'intero contributo associativo annuo; in caso di iscrizione nel 2° semestre (da luglio a dicembre l'associato verserà il 50% del contributo.

Per gli anni successivi l'associato verserà sempre il contributo annuale intero entro il 31 gennaio o frazionato in due semestri con scadenza 31 gennaio e 30 giugno.

Il mancato versamento contributivo determina la perdita al diritto all'assistenza che viene ripristinata 30 gg dopo l'avvenuta regolarizzazione contributiva. I Soci sono comunque tenuti al rispetto dell'obbligo contributivo anche se non usufruiscono della copertura fino alla scadenza naturale del rapporto associativo. La Mutua per il recupero dei contributi e al rispetto dell'impegno associativo per le durate previste dall' art 2 del presente Regolamento si riserva di agire giudizialmente chiedendo anche il rimborso delle spese legali e amministrative.

5. DECORRENZA ASSISTENZA

Il diritto alle prestazioni dei Piani Sanitari MUTUA ITALIA decorre a partire dal 1° giorno del 1° mese successivo a quello di iscrizione (versamento contributivo).

Sono escluse le spese per ricoveri relativi a Grandi interventi chirurgici conseguenti a stati patologici manifestamente preesistenti già conosciuti o conoscibili o già diagnosticati. Per Diaria da Ricoveri diverso da grande intervento conseguenti a patologie preesistenti al momento dell'adesione, l'assistenza decorre dopo un anno.

L'eventuale preesistenza della patologia che ha dato luogo al grande intervento chirurgico potrà essere valutata al termine del ricovero dall'Organo Sanitario preposto mediante l'esame della documentazione sanitaria prodotta (cartella clinica ed esami preoperatori).

In caso di cessazione e di reinscrizione scattano nuovamente le carenze.

6. ESCLUSIONI

Non sono mai rimborsabili le spese sostenute per:

- malattie psichiche e mentali, compreso psicoterapia e psicoanalisi;
- manifestazioni morbose in rapporto o in dipendenza di abuso di alcolici o ad uso di stupefacenti;
- le malattie infettive, quando assumano carattere epidemico o pandemico;
- cure estetiche;
- infortuni conseguenti a proprie azioni dolose o delittuose;
- infortuni conseguenti alla pratica di sport pericolosi;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo;
- conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, ed altre calamità naturali devastanti.
- la correzione di difetti congeniti e costituzionali.

Sono considerate spese accessorie extra e quindi non rimborsabili le spese in regime di ricovero quali Tv, telefono, vitto accompagnatore, bar, ecc.

I Ricoveri per le malattie croniche sono riconosciuti solo per il numero massimo di giorni previsti per ogni evento patologico descritti in copertura.

Sono pure escluse le spese per la spedizione o la digitalizzazione dei referti o delle note di spesa.

Visite Mediche Specialistiche

Si prevede il rimborso delle spese per visite mediche specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite odontoiatriche ed ortodontiche, delle visite omeopatiche, delle visite psichiatriche e psicologiche, delle visite dietologiche, delle visite chiropratiche nonché tutte quelle non previste dalla medicina ufficiale.

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 nella richiesta del medico curante (MMG), pena il diniego di rimborso.

7. ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale per il mondo intero

8. ADEGUAMENTO PRESTAZIONI E CONTRIBUTI

La Mutua in base agli andamenti delle erogazioni dei Piani Sanitari delibera annualmente entro il mese di novembre l'elenco delle prestazioni e la misura dei relativi sussidi e rimborsi e le modalità di fruizione in forma diretta con le relative franchigie o quote a carico dell'assistito, che possono variare anche in relazione a modifiche stabilite dal SSN o dalle convenzioni con la rete delle strutture sanitarie. Contestualmente stabilisce la misura dei contributi associativi necessari a garantire le prestazioni nel rispetto della natura non profit della Società di Mutuo Soccorso coniugato alle esigenze di equilibrio gestionale.

Non sono previsti aumenti contributi ad personam ma viene applicato il principio della suddivisione mutualistica dei rischi tra tutti i Soci della Mutua. Per le prestazioni, specialistiche ambulatoriali, diagnostiche e le altre che non comportano ospedalità, le ricevute di spesa dovranno essere trasmesse alla CAMPA entro 20 gg. dalla loro emissione, unitamente alla copia della prescrizione medica completa di diagnosi e dalla copia del referto indicante la specifica delle prestazioni svolte.

11 INAMMISSIBILITA' AL RIMBORSO

La mancata l'apertura della pratica di malattia e il mancato invio della documentazione di spesa e delle relative prescrizioni entro i termini previsti dal presente Regolamento, costituisce causa di decadenza dal diritto del conseguimento dei rimborsi e delle prestazioni. Potranno essere giustificati ritardi causati da impossibilità o forza maggiore opportunamente motivati e documentati. Non potranno mai in nessun caso essere ammesse a rimborso le note di spesa di ciascun anno che pervengano oltre il termine del 31 gennaio dell'anno successivo (eccetto i termini più lunghi previsti in caso di ricovero).

La Mutua può effettuare gli accertamenti sanitari sugli associati ammalati che richiedono le prestazioni ai sensi del presente Regolamento, attraverso l'attività dei propri medici fiduciari. Il rifiuto di sottoporsi agli accertamenti sanitari, determina la decadenza del diritto alle prestazioni per il caso della malattia in corso.

ART. 35

CLAUSOLA ARBITRALE

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità a sussidio delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi e dei sussidi, MUTUA ITALIA SMS delega la CAMPA attraverso i suoi Organi a provvedere a fornire le risposte ai propri associati.

Qualora l'associato non si ritenga soddisfatto della decisione della Commissione medica della Mutua per i casi di controversie di natura medica sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, l'Associato e la Mutua si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o in caso di inerzia da parte del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Bologna, in ordine alla decisione circa il diritto al rimborso e alla effettiva entità dovuta, in base alle condizioni della copertura assistenziale. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Gli arbitri saranno remunerati in conformità alle tariffe stabilite dalla CCIAA di appartenenza.

Conferma infine espressamente di aver preso visione e di accettare in particolare gli artt. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11 e 14 del Regolamento

In fede