Portiamo a Vostra conoscenza che l'Associazione dei pensionati ex CRT in data 05 marzo 2024 ha sottoscritto una convenzione con la Società di mutuo soccorso "Cesare Pozzo" destinata a tutti gli Associati impossibilitati ad aderire alla Uni.C.A.-Unicredit Cassa Assistenza.

In estrema sintesi agli interessati sarà possibile aderire a due diverse polizze:

"Tutela 438" con un contributo associativo annuo di Euro 438, valido per i Soci e gli aventi diritto di età dai 18 agli 80 anni. Sono considerati aventi diritto il coniuge/ convivente legato da vincolo affettivo/unito civilmente nonché i figli fino a 25 anni purchè non percettori di reddito.

"Tutela 504" con un contributo associativo annuo di Euro 504, valido **per il singolo Socio.** Tale opzione può essere estesa all'intero nucleo familiare aumentando il premio ad Euro 804. Gli appartenenti al nucleo familiare sono definiti come gli aventi diritto di cui al punto precedente.

Gli interessati potranno consultare la documentazione che di seguito riportiamo: il testo della Convenzione, i Regolamenti delle polizze, le schede sintetiche e la modulistica,

ATTO DI CONVENZIONE

Tra le parti:

- **"SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO ETS"** (che in seguito verrà chiamata per brevità "*Cesare Pozzo*"), con sede in Milano, Via San Gregorio 48 int. 46, C.F.: 80074030158, iscritta all'Albo società cooperative sez. società di mutuo soccorso n° C100040 - iscritta al RUNTS nella sezione Imprese Sociali dal 21/03/2022 - PEC cesarepozzo@pec.mutuacesarepozzo.org, in persona del Presidente del CdA e legale rappresentante pro tempore Dr. Andrea Giuseppe Tiberti, nato ad Alessandria il 25.12.1989 e residente in Vicolo Dante Alighieri n.5, 15013 Borgoratto Alessandrino (AL) - CF: TBRNRG89T25A182Q;

- da una parte -

e

- **"ASSOCIAZIONE PENSIONATI E DIPENDENTI DELLA EX CASSA DI RISPARMIO DI TORINO E DI ALTRE BANCHE"** (in seguito chiamata per brevità "*Associazione*"), con sede legale in Torino, Via Nizza n. 150, C.F.: 97547330015, PEC: assopensexrt@messaggipec.it, in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore Dott. Piero Burdese, nato a Bra (CN), il 01.08.1946 ed ivi residente in Strada Montelupa n. 22/B, - C.F: BRDPRI46M01B111M;

- dall'altra parte -

di seguito definite congiuntamente "*Le parti*";

premesso che

a) la Cesare Pozzo:

- è una Società di Mutuo Soccorso operante da quasi 145 anni nell'assistenza sanitaria integrativa in conformità a quanto previsto dalla legge n° 3818 del 15 aprile 1886 e s.m.i., che ha per scopo la solidarietà di mutuo soccorso e non ha finalità di lucro;
- è in grado di offrire coperture mutualistiche rivolte sia alle persone fisiche aderenti ed ai loro nuclei familiari;
- è iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari ed istituisce/gestisce fondi sanitari integrativi di origine negoziale;
- è presente con uffici, sportelli e presidi nel territorio nazionale;
- dal 2016 ha conseguito la nuova Certificazione per la Qualità UNI EN ISO 9001:2015 per la gestione dei fondi sanitari e sussidi ed ha inoltre ottenuto il Rating di Legalità con il punteggio massimo di Tre Stelle rilasciato dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato;

b) l'Associazione:

- ha come finalità quella di tutelare gli interessi previdenziali e assistenziali dei Soci, allo scopo di migliorare il trattamento dei propri iscritti (di seguito per brevità "*iscritti*");
- ha individuato la Cesare Pozzo quale soggetto mutualistico, per proporre le coperture sanitarie integrative in favore dei propri iscritti, privi di altra polizza sanitaria, dichiarando di conoscere le relative norme sociali per averle visionate sul sito www.mutuacesarepozzo.it;
- intende rappresentare ai propri iscritti, a mezzo del presente atto di convenzione, le condizioni proposte dalla Cesare Pozzo al fine di offrire loro uno strumento di tutela sanitaria alle condizioni più avanti descritte;

c) le parti in esame intendono formalizzare e disciplinare gli accordi di cui sopra come qui di seguito verrà indicato;

Tutto ciò premesso, da ritenersi parte integrante e sostanziale del presente atto di convenzione, le parti hanno raggiunto le seguenti

Tiberti Andrea

Associazione PENSIONATI e DIPENDENTI della ex CASSA di RISPARMIO di TORINO e di altre Banche (Burdese)

INTESE

1) Oggetto: adesione e forme di assistenza – decorrenza e validità della copertura

1.1 In forza del presente accordo, gli iscritti dell'Associazione possono sottoscrivere domanda di adesione individuale volontaria alla Cesare Pozzo (come da modulo qui allegato sotto la lettera "A") con successiva iscrizione nel libro soci sezione soci ordinari – previa delibera di accettazione da parte del CdA della Cesare Pozzo – chiedendo di essere collocati in una delle seguenti forme di assistenza base:

I. "*Tutela 438*", con un contributo associativo base annuo pro capite di € 438,00 (quattrocentotrentotto/00), che comprende l'estensione della copertura al nucleo familiare (e precisamente: coniuge / convivente legato da vincolo affettivo / unito civilmente / figli fino a 25 anni se non percettori di reddito, di seguito per brevità "*aventi diritto*") previa compilazione dell'apposita autocertificazione del nucleo familiare (come da modulo All.to "B");

II. "*Tutela 504*", con un contributo associativo base annuo pro capite di € 504,00 (cinquecentoquattro/00), valevole per il solo socio; tale copertura può essere estesa agli aventi diritto (come sopra definiti) con un contributo base annuo pari ad € 804,00 (ottocentoquattro/00) previa compilazione dell'apposita autocertificazione del nucleo familiare (come da modulo All.to "B");

1.2 L'iscrizione alla Cesare Pozzo e la copertura sanitaria prescelta è attivabile:

a) dagli iscritti dell'Associazione di età compresa tra i 18 anni e gli 80 anni, con decorrenza dal 01.01.2024, a condizione che la domanda di ammissione a socio corredata del pagamento anticipato del relativo contributo associativo (secondo le modalità indicate al successivo art. 4) venga presentata alla Cesare Pozzo entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione del presente atto di convenzione;

b) dagli iscritti dell'Associazione di età compresa tra i 18 e i 80 anni, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo all'effettuato pagamento anticipato del contributo associativo dovuto fino al 31.12.2024 (secondo le modalità indicate al successivo art. 4), se la domanda di ammissione a socio corredata del suddetto pagamento anticipato venga presentata alla Cesare Pozzo dopo 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione del presente atto di convenzione.

1.3 L'iscrizione e la copertura sanitaria si intendono:

a) tacitamente rinnovate di anno in anno, salvo disdetta (da comunicarsi ai sensi dell'art. 6.4 dello Statuto Sociale), con obbligo di pagamento del contributo associativo annuale in via anticipata ai sensi del successivo art. 4.

1.4 Le suddette forme di assistenza (qui allegate sotto la lettera "C") sono meglio elencate e descritte negli appositi allegati al Regolamento applicativo dello Statuto (documenti visionabili e scaricabili dal sito internet www.mutuacesarepozzo.it).

2) Servizi mutualistici ed accessori

2.1 La Cesare Pozzo eroga i servizi mutualistici di assistenza sanitaria integrativa, fornendo al socio la card nominativa (plastificata ed anche digitale) con la quale potrà fruire di tutte le prestazioni incluse nella forma di assistenza prescelta (alle condizioni ivi indicate), inclusi tariffari scontati anche per altre prestazioni non presenti nel piano sanitario ed erogabili presso la rete convenzionata con Cesare Pozzo.

2.2. Inoltre, la Cesare Pozzo svolge servizi accessori di assistenza al socio attraverso:

- sedi amministrative e sportelli solidali territoriali;
- un'area web dedicata, denominata CesarePozzoxTe, che attraverso apposita ID e password consente con modalità telematica il caricamento delle pratiche di rimborso e la verifica dello stato di liquidazione;
- una analoga App gratuita per smartphone;

Associazione PENSIONATI e DIPENDENTI della ex CASSA di RISPARMIO di TORINO e di altre Banche (ex CRT & Co.) Via Nizza, 150 - 10126 Torino

- helpdesk, tramite l'ufficio infocenter (mail/telefono).

3) Modalità di proselitismo e promozione

3.1 L'Associazione si impegna a svolgere attività di promozione oggetto del presente atto di convenzione, e precisamente:

- ad informare i propri iscritti della presente convenzione e dei relativi allegati, attraverso i propri organi di comunicazione e mediante pubblicazione sul sito internet, nonchè attraverso l'eventuale organizzazione di appositi incontri e seminari di presentazione, a cui parteciperà il personale della Cesare Pozzo addetto alla formazione;
- a concordare all'uopo preventivamente con la Cesare Pozzo le relative modalità di informazione, con particolare riguardo all'utilizzo del materiale illustrativo e istituzionale (Statuto, Regolamento Applicativo e relativi Allegati, modulo domanda di ammissione a socio) della Cesare Pozzo, il tutto comunque nel pieno rispetto di tutte le normative vigenti in materia per le società di mutuo soccorso.

3.2 Cesare Pozzo, da parte propria, si impegna sin d'ora a svolgere attività di supporto tecnico e formativo, tramite propri collaboratori, a favore dell'Associazione secondo modalità e tempi che saranno successivamente definiti tra le parti, attività finalizzata ad illustrare i contenuti delle forme di assistenza sopra indicate e le relative modalità di adesione. In ogni caso, tutte le attività relative alla gestione amministrativa, tecnica e mutualistica relative al presente accordo ed alle connesse adesioni, saranno esclusivamente in capo alla Cesare Pozzo, in ottemperanza alle disposizioni applicabili alle società di mutuo soccorso.

3.3. La raccolta delle adesioni verrà effettuata dalla Cesare Pozzo presso le proprie sedi amministrative e sportelli solidali ubicati sul territorio nazionale, individuabili tramite il sito internet www.mutuacesarepozzo.it.

4) Pagamento del contributo associativo

4.1 Cesare Pozzo dichiara e dà atto che unico soggetto obbligato al pagamento del contributo associativo annuale base ed eventualmente aggiuntivo è l'iscritto/socio della Cesare Pozzo, che vi provvederà nella misura sopra indicata per la forma di assistenza prescelta.

4.2 L'iscritto/socio della Cesare Pozzo si impegna, nella domanda di ammissione, a far pervenire annualmente alla Cesare Pozzo l'importo dei contributi associativi annui, provvedendovi tramite addebito in conto corrente in via continuativa (SEPA) in un'unica soluzione annuale (qui allegato sotto la lettera "D"), oppure tramite bonifico bancario anticipato annuale acceso presso la Banca Intesa intestato alla Società Nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo IBAN IT18A0306909606100000124565), come prescelto sulla domanda di adesione (vedasi sub. Doc. "A").

4.3 Le modalità di pagamento sopra descritte sono dettate dall'esigenza della Cesare Pozzo di dover rispettare il disposto dell'art. 12 del D.Lgs. 460/97 e successive modifiche a favore dei soci, al fine di rilasciare loro una corretta attestazione da utilizzare per le detrazioni fiscali inerenti alla annuale dichiarazione dei redditi.

4.4 In forza del presente accordo, ed in espressa deroga all'art. 3.4 del Regolamento, non sono consentite altre modalità di pagamento rispetto a quelle sopra indicate.

5) Privacy

5.1 Ai sensi e per gli effetti di cui al GDPR 2016/679 e successive modifiche, ogni trattamento dei Dati Personali nell'ambito del presente Atto di convenzione deve avvenire, sia da parte di Cesare Pozzo che da parte dell'Associazione, nel rispetto della vigente normativa nonché secondo quanto stabilito nel presente Atto di convenzione.

Associazione PENSIONATI e DIPENDENTI
della ex CASSA di RISPARMIO di TORINO
e di altre Banche (Ex CRT & Co.)
Via Nizza 150 - 10126 Torino

5.2 Entrambe le parti agiscono quali Titolari e responsabili autonomi dei trattamenti riferiti ai soggetti beneficiari delle prestazioni erogabili dalla Cesare Pozzo.

6) Quota di ammissione una tantum

6.1 La quota di ammissione una tantum prevista dall'articolo 1.2 del Regolamento della Cesare Pozzo, pari ad € 10,00 (euro dieci/00), verrà trattenuta automaticamente dalla stessa Mutua dal primo versamento, senza onere aggiuntivo per il Socio.

7) Durata – Rinnovo tacito

7.1 Il presente atto di convenzione ha decorrenza ed efficacia dal 01.01.2024 e fino al 31.12.2026. Le Parti si accordano sin d'ora che in assenza di disdetta del presente accordo, da comunicarsi all'altra parte a mezzo raccomandata a/r o pec spedita almeno 90 giorni prima della scadenza, lo stesso successivamente si intenderà tacitamente rinnovato di tre in tre anni.

8) Cessazione del presente verbale di accordo mutualistico

8.1 In caso di cessazione dell'efficacia del presente atto di convenzione, ogni associato/socio Cesare Pozzo sarà automaticamente collocato in una delle forme di assistenza base previste dal Regolamento applicativo della Cesare Pozzo a condizione che ne chieda l'adesione entro e non oltre 60 giorni dalla data di cessazione del presente verbale di accordo mutualistico, e purché ottemperi a tutte le prescrizioni previste dal Regolamento medesimo e dallo Statuto sociale.

9) Norme sociali

9.1 Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente atto di convenzione, farà fede solo ed esclusivamente lo Statuto e il Regolamento applicativo della Mutua (che sono visionabili e scaricabili dal sito internet www.mutuacesraepozzo.it) nonché le norme di legge vigenti per la materia. In particolar modo le parti confermano la previsione della esclusione del diritto ai sussidi per patologie preesistenti (art. 1.7 del Regolamento applicativo dello Statuto della Mutua).

10) Foro esclusivamente competente

10.1 Le parti convengono espressamente che per qualunque controversia nascente o comunque derivante e/o connessa con il presente atto di convenzione, il Foro esclusivamente competente è quello di Milano.

11) Modifica della convenzione

11.1 Le eventuali modifiche successive alla presente convenzione dovranno essere approvate per iscritto dalle parti in epigrafe.

12) Clausola di salvaguardia

12.1 Se una qualsiasi delle disposizioni del presente atto di convenzione dovesse essere considerata nulla, non valida o inapplicabile per qualsiasi motivo (di seguito le "Clausole Invalide"):

- la validità e l'applicabilità delle restanti disposizioni del presente atto di convenzione non saranno in alcun modo influenzate o pregiudicate e nessuna delle Parti avrà diritto di chiedere i danni a seguito di tale invalidità o inapplicabilità;
- le Parti negozieranno buona fede al fine di sostituire le Clausole contestate con clausole vincolanti che si avvicinino il più possibile alla comune intenzione delle Parti.

Associazione PENSIONATI e DIPENDENTI
della ex CASSA di RISPARMIO di TORINO
e di altre Banche Tex CRT & Co.)
Via Nizza, 150 - 10126 Torino

13) Tolleranza

13.1 La tolleranza di ciascuna delle Parti di comportamenti in violazione di disposizioni contenute nel presente atto di convenzione non costituirà rinuncia ai diritti derivanti dalle disposizioni violate né al diritto all'esatto adempimento di tutti i termini e condizioni in esso previste.

14) Responsabilita' Amministrativa degli Enti

14.1 L'Associazione dichiara di essere a conoscenza che il D.Lgs. n. 231/2001 ha introdotto nel nostro ordinamento giuridico la responsabilità amministrativa degli Enti in dipendenza della commissione da parte di amministratori, dirigenti, persone sottoposte al loro controllo, nell'interesse o a vantaggio anche dell'Ente, delle specifiche tipologie di reati previste dal D.Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. (di seguito, il "Decreto").

14.2 L'Associazione dichiara di essere altresì a conoscenza che per i reati previsti dal Decreto, in aggiunta alle responsabilità individuali, sono stabilite a carico di Cesare Pozzo, sanzioni pecuniarie ed interdittive, quali l'interdizione dall'esercizio dell'attività, la sospensione o revoca di licenze o concessioni e che l'ente può esimersi dalla responsabilità se dimostra di avere adottato ed attuato un modello di organizzazione, gestione e controllo idoneo a prevenire reati della specie di quello verificatori, il cui aggiornamento è efficacemente garantito da apposito Organismo di Vigilanza.

14.3 L'Associazione prende atto che Cesare Pozzo ha adottato il modello di organizzazione, gestione e controllo ai sensi del Decreto. L'Associazione prende altresì atto che è stato nominato l'Organismo di Vigilanza, cui è affidato il compito di verificare l'adeguatezza ed il rispetto di tale modello; l'Associazione potrà segnalare all'Organismo di Vigilanza gli eventuali comportamenti scorretti di cui dovesse venire a conoscenza mediante e-mail all'indirizzo: odvcesarepozzo@gmail.com.

14.4 L'Associazione dichiara di avere preso conoscenza del Codice Etico di Cesare Pozzo disponibile all'indirizzo internet www.mutuacesarepozzo.org e presso la Direzione Amministrativa di Cesare Pozzo.

14.5 L'Associazione dichiara di accettare e condividere i principi e le regole comportamentali contenuti nel Codice Etico e di attenersi scrupolosamente alle istruzioni in materia di comportamento ai sensi del Decreto che gli dovessero essere forniti da Cesare Pozzo.

14.6 Il rispetto di quanto previsto negli articoli precedenti è parte essenziale delle obbligazioni derivanti dal presente atto di convenzione e in caso di violazione Cesare Pozzo potrà dichiarare risolto il presente atto di convenzione ai sensi dell'art. 1456 c.c., salvo ed impregiudicato ogni diritto per Cesare Pozzo, ivi incluso il diritto al risarcimento di ogni e qualsiasi danno.

15) Modalità di sottoscrizione - Firma elettronica

15.1Il presente atto di convenzione è stipulato per iscritto in formato elettronico.

15.2 Le Parti convengono espressamente che il presente atto di convenzione firmato in forma elettronica:

- costituisce l'originale di detto documento;
- ha lo stesso valore probatorio di un documento scritto a mano e firmato su carta e può essere validamente opposto alle Parti;
- può essere prodotto, come prova documentale, in caso di contenzioso intercorrente tra le Parti.

15.3 Di conseguenza, le Parti riconoscono che il presente atto di convenzione firmato in forma elettronica costituisce prova del contenuto di tale documento, dell'identità dei firmatari e del loro consenso, e le Parti si impegnano pertanto a non contestare l'ammissibilità, l'esecutività o il valore probatorio dell'atto di convenzione firmato in forma elettronica.

Associazione PENSIONATI e DIPENDENTI
della ex CASSA di RISPARMIO di TORINO
e di altre Banche (Ex CRT)
Via Nizza, 150 - 10126 Torino

15.4 Laddove non si disponesse di valida firma digitale, la sottoscrizione del presente atto di convenzione potrà avvenire alternativamente con l'apposizione della firma autografa e contestuale invio a mezzo posta elettronica certificata con copia del documento di riconoscimento del firmatario, ferma la rinuncia ad ogni contestazione dell'ammissibilità esecutività o valore probatorio del presente atto di convenzione.

15.5 Ai fini della conclusione e validità del presente atto di convenzione non sono previste altre modalità di formazione documentale.

15.6 Si considera la data certa lo scambio di corrispondenza a mezzo pec tra le parti, ed in caso di non contestualità temporale, l'ultima pec regolarmente consegnata ed accettata.

16) Norma conclusiva

16.1 Si dà atto che il presente atto di convenzione è stato raggiunto tra le parti a seguito di libera trattativa, nonché predisposto congiuntamente, previa discussione e approvazione di ogni singola clausola, reietta sin d'ora ogni eccezione anche ai fini di cui agli artt. 1341 e 1342 c.c..

Si allegano al presente atto di convenzione:

A) Modulo di richiesta di adesione individuale volontaria alla Cesare Pozzo;
B) Autocertificazione del nucleo familiare;
C) Regolamenti delle forme di assistenza "*Tutela 438*", "*Tutela 504*";
D) Modulo SEPA.

Milano, 05.03.2024

Letto, confermato e sottoscritto

Per la **SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO ETS**

Il Presidente, Dott. Andrea Giuseppe Tiberti

Per l'**ASSOCIAZIONE PENSIONATI E DIPENDENTI DELLA EX CASSA DI RISPARMIO DI TORINO E DI ALTRE BANCHE PENSIONATI UNICREDIT**

Il Presidente, Dott. Piero Burdese _____

Associazione PENSIONATI e DIPE
della ex CASSA di RISPARMIO di T
e di altre Banche (Ex CRT & C
Via Nizza, 150 - 10126 Tori

CESARE POZZO
SANITÀ INTEGRATIVA DAL 1877

Tutela 438

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

Edizione ottobre 2022

TUTELA 438

FORMA DI ASSISTENZA BASE
Contributo associativo annuo - **Euro 438,00** *(quattrocentotrentotto/00)*

L'iscrizione alla forma di assistenza base **TUTELA 438** può essere richiesta da tutti coloro che, in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale, dal Regolamento applicativo nonché dal Verbale di accordo mutualistico sottoscritto tra l'Ente e la *CesarePozzo*, abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e non abbiano superato l'ottantesimo anno di età.

E' consentita la permanenza dopo l'ottantesimo anno di età.

Il passaggio ad altra forma di assistenza è possibile solo dopo una permanenza nella forma di assistenza base **TUTELA 438** di almeno tre anni e avrà decorrenza dal 1° gennaio per i soci che presenteranno domanda entro il 30 settembre.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO

1 RICOVERO OSPEDALIERO, RICOVERO DIURNO, CURE ONCOLOGICHE E DELLA TALASSEMIA

1.1 Ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera, dopo le prime due notti consecutive di ricovero spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero come di seguito specificato:
a) euro 13,00 (tredici/00) per il ricovero del socio;
b) euro 13,00 (tredici/00) per il ricovero dell'avente diritto.
Il sussidio spetta per un periodo massimo di 100 giorni nell'anno solare sia per il socio sia per ogni suo avente diritto.
Il sussidio di cui al presente articolo 1.1 non spetta qualora il ricovero avvenga per cure riabilitative.

DOCUMENTI DA ALLEGARE
1) *Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi*
2) *Per i soci con meno di 3 anni di iscrizione è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi) (**)*
3) *Per i ricoveri superiori a 15 giorni è obbligatorio allegare la cartella clinica (completa di anamnesi, diagnosi e diario clinico) (**)*

1.2 Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico (Day Surgery)

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno con intervento chirurgico, anche se preceduto o seguito da un singolo pernottamento ospedaliero, spetta un sussidio forfettario come di seguito specificato:
a) euro 60,00 (sessanta/00) per il ricovero del socio;
b) euro 60,00 (sessanta/00) per il ricovero dell'avente diritto.

DOCUMENTI DA ALLEGARE
1) *Cartella clinica in cui sono indicati i giorni di effettivo ricovero specificatamente documentati, la diagnosi e il tipo di intervento effettuato, con l'annotazione che il ricovero è avvenuto in regime di ricovero diurno o Day Surgery (**)*

1.3 Ricovero per cure riabilitative

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura sanitaria per cure riabilitative, dopo le prime due notti consecutive di ricovero spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero come di seguito specificato:
a) euro 13,00 (tredici/00) per il ricovero del socio;
b) euro 13,00 (tredici/00) per il ricovero dell'avente diritto.
Il sussidio spetta per un periodo massimo di 15 giorni nell'arco dell'anno solare. Il periodo massimo, nell'arco dell'anno solare, è elevato a 180 giorni per aventi diritto di età inferiore a 18 anni.

DOCUMENTI DA ALLEGARE
1) *Cartella clinica dalla quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione, il tipo di diagnosi e le terapie praticate (**)*

1.4 Cure oncologiche e della talassemia

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto, ambulato-

rialmente o in day hospital, al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche per cure oncologiche, o sia sottoposto a emotrasfusioni e/o a trattamenti ferrochelanti per la cura della talassemia, spetta un sussidio giornaliero, per ogni giorno di trattamento, come di seguito specificato:
a) euro 13,00 (tredici/00) per il socio;
b) euro 13,00 (tredici/00) per l'avente diritto.

DOCUMENTI DA ALLEGARE
1) *Certificato dell'Ospedale in cui sono indicate la data di inizio e quella di termine di ogni singolo periodo con indicate tutte le date del trattamento e il tipo di terapia praticata.*

1.5 Età minima degli aventi diritto

Nel caso in cui il ricovero ospedaliero si sia reso necessario per gli aventi diritto del socio di cui alla lettera b) del punto 2.1 del Regolamento applicativo, il limite di età è fissato - in deroga alla predetta norma - con decorrenza dal decimo giorno di età.

1.6 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 60 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Il periodo di carenza è ridotto a 15 giorni se il ricovero è dovuto a infortunio.

2 INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

2.1 Norme e importi del sussidio

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto ad un intervento chirurgico sussidiabile, compreso tassativamente nell'Elenco e Tariffario (allegato A), spetta un sussidio fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario (allegato A), per il rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative a:
a) onorari dei chirurghi, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
b) diritti di sala operatoria;
c) materiale di intervento, compresi i trattamenti terapeutici e gli apparecchi protesici usati durante l'intervento;
d) retta di degenza;
e) assistenza medica e infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
f) accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti il ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;
g) esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari effettuati nei 120 giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;
h) prelievo di organi o parti di essi, ricoveri relativi al donatore vivente, accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto da donatore vivente, cure, medicinali e rette di degenza per il donatore vivente;
i) spese di trasporto con mezzo sanitario (in Italia e all'estero) o spese di rimpatrio della salma per decesso conseguente a intervento chirurgico sussidiabile avvenuto all'estero,

per un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00).

2.2 Percentuale di rimborso

Il sussidio spetta per spese effettivamente sostenute e comunque fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario (allegato A), (euro 10.000 (diecimila/00) per tutti gli interventi e per ogni evento, euro 50.000 (cinquantamila/00) per i trapianti e per evento.
Il sussidio di cui al precedente punto 2.1 viene erogato alle seguenti condizioni:
a) in caso di ricovero in strutture sanitarie convenzionate, con presa in carico in forma diretta da parte della Società, il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta;
b) nel caso in cui il socio usufruisca solo dei punti f), g), h), i), il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta;
c) in tutti gli altri casi, il rimborso sarà pari all' 80% della spesa sostenuta.

2.3 Assistenza di ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto a un intervento chirurgico sussidiabile, a titolo di rimborso spese, spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero, con un massimo di 10 giorni, come di seguito specificato:
a) euro 20,00 (venti/00) giornaliere per ricovero in Italia;
b) euro 40,00 (quaranta/00) giornaliere per ricovero all'estero.
Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f), g), h), i) di cui al precedente punto 2.1, il socio potrà richiedere l'assistenza di ricovero ospedaliero.

2.4 Età minima degli aventi diritto

Nel caso in cui l'intervento chirurgico sussidiabile si sia reso necessario per gli aventi diritto del socio di cui alla lettera b) del punto 2.1 del Regolamento applicativo - in deroga alla predetta norma - non si tiene conto del limite di età fissato a 30 giorni dalla nascita.

2.5 Sussidio di ricovero ospedaliero

Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f), g), h), i) di cui al precedente punto 2.1, il socio potrà richiedere il sussidio ospedaliero di cui al punto 1).

2.6 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 90 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.
Il periodo di carenza è ridotto a 15 giorni se l'intervento chirurgico sussidiabile è dovuto a infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato (**)*
2) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (socio o famigliare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
   f. Indicazioni di quietanzamento
3) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica*

3 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA PER MALATI NEOPLASTICI TERMINALI

3.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, ovvero ai suoi beneficiari o agli eredi legittimi, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia affetto da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) come rimborso delle spese sostenute a domicilio per gli interventi sanitari e le cure praticate negli ultimi 6 mesi di vita.
Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate, in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

3.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 90 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita del mandato*
2) *Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale*
3) *Certificato di decesso*

4 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

4.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo famigliare avente diritto sia colpito da malattie invalidanti temporanee a seguito di ricovero o infortunio e necessiti di interventi sanitari a domicilio, spetta un sussidio pari al 50% delle spese sostenute fino a un massimo - per nucleo famigliare - di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare per nucleo famigliare.
Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le prestazioni professionali fornite dai medici, in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia, da infermieri, fisioterapisti, massofisioterapisti e terapisti della Riabilitazione motoria, in possesso di idoneo titolo professionale, abilitati per eseguire: terapie mediche, assistenza infermieristica globale, assistenza riabilitativa e fisioterapica e rieducazione funzionale.
Il sussidio sarà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate, in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto. Il rimborso spetta per terapie effettuate entro 365 giorni dall'evento.

4.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 90 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Certificazione medica specialistica con la descrizione completa delle prestazioni da eseguire e della necessità che le stesse siano effettuate a domicilio, nel caso di Rieducazione funzionale, Massoterapia, Terapia fisica e strumentale eseguite in regime di assistenza domiciliare*
2) *Certificato medico attestante la malattia invalidante del socio/aventi diritto e la tipologia di prestazione domiciliare richiesta*

5 ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

5.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui un esame di Alta diagnostica strumentale o di Alta specializzazione, spetta - per ogni esame effettuato - un sussidio come di seguito indicato.
Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo famigliare.

5.1.1 Alta diagnostica strumentale

a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 100,00 (cento/00);
c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 40,00 (quaranta/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di Alta diagnostica strumentale i seguenti esami:
- angiografia;
- risonanza magnetica nucleare (Rmn);
- scintigrafia;
- tomografia ad emissione di positroni (Pet);
- tomografia assiale computerizzata (Tac).

5.1.2 Alta specializzazione

a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 40,00 (quaranta/00);
c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 25,00 (venticinque/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.
Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di Alta specializzazione i seguenti esami:
- ecocardio-colordoppler;
- ecocardiogramma;
- doppler - ecodoppler;
- elettromiografia;
- mammografia;
- mineralometria ossea computerizzata.

5.2 Esclusioni

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

5.3 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 60 giorni a decorrere dalla

data di iscrizione.
Il periodo di carenza è ridotto a 15 giorni se l'esame diagnostico è dovuto a infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica.
   c. Data di emissione.
   d. Numero e indicazione delle singole prestazioni praticate
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.
   f. Indicazioni di quietanzamento.
2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica*
3) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia*

6 VISITE SPECIALISTICHE

6.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui una visita specialistica, viene corrisposto per ogni visita un sussidio pari al:
a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
b) 50% della spesa sostenuta nei casi di visite in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 70,00 (settanta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite di due visite per anno solare per ogni singola specializzazione sia per il socio sia per ciascun avente diritto. Tale limite è elevato a quattro nella specializzazione di Ostetricia e Ginecologia.

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni.
Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

6.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 60 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni praticate
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
   f. Indicazioni di quietanzamento
2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica*

7 SUSSIDIO PER ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI

7.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui esami diagnostici strumentali, viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio pari:
a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
b) 50% della spesa sostenuta nei casi di esami in regime privato o intramurale.
Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 250,00 (duecentocinquanta/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo famigliare.

7.2 Esclusioni

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

7.3 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 60 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
   f. Indicazioni di quietanzamento
2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica*

8 SUSSIDIO PER ESAMI DI LABORATORIO

8.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui esami di laboratorio, viene corrisposto, per spese documentate, un sussidio pari al:
a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
b) 50% della spesa sostenuta nei casi di esami in regime privato o intramurale.
Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 200,00 (duecento/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo famigliare.

8.2 Esclusioni

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

8.3 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 60 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
   f. Indicazioni di quietanzamento
2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica*

9 LENTI PER OCCHIALI

9.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui spese per l'acquisto di due lenti per occhiali da vista o due lenti a contatto, viene corrisposto, per spese documentate, il 50% del documento fiscale con un massimo di euro 100,00 (cento/00) per ogni coppia di lenti per occhiali oppure per ogni coppia di lenti a contatto.
Il rimborso viene concesso solo a seguito di prescrizione da parte del medico specialista o dell'ottico optometrista che indichi la patologia e il difetto visivo per i quali si rende necessario l'uso degli occhiali o lenti a contatto. Non sono riconosciute le prescrizioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo. La prescrizione del medico o dell'ottico optometrista verrà valutata, con giudizio insindacabile, dalla Commissione medica della Società.
Il sussidio non è concesso per lenti a contatto usa e getta.
Il sussidio spetta non più di una volta ogni 4 anni solari fatto salvo quando previsto dal successivo capoverso.
Il sussidio spetta comunque non più di una volta nell'anno solare per gli aventi diritto con età inferiore a 12 anni e non più di una volta ogni 2 anni solari in tutti gli altri casi. Successivamente alla prima volta il contributo spetta a condizione, accertata dal medico specialista o dall'ottico optometrista, che sia intervenuta una variazione dello stato dell'apparato visivo pari o superiore a mezza diottria.

9.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 60 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.
Il sussidio per le lenti per occhiali non spetta per il primo anno solare di adesione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
   f. Indicazioni di quietanzamento
   g. Le fatture relative alla fornitura di occhiali devono riportare l'importo delle lenti separatamente da quello della montatura
2) *Certificato di prescrizione del medico specialista o dell'ottico optometrista che indichi la patologia (per la richiesta di lenti è necessario che sia indicato anche il difetto visivo)*

10 ACQUISTO PROTESI O PRESIDI SANITARI

10.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui spese per il ripristino della funzionalità fisica, per correzione di menomazioni fisiche, per l'acquisto di protesi o per presidi sanitari, viene corrisposto, per spese documentate, il 50% del documento fiscale con un massimo di euro 150,00 (centocinquanta/00) nell'anno solare per nucleo famigliare.
La necessità di presidi sanitari o di protesi dovrà essere certificata da prescrizione medica che ne documenti anche la patologia per cui si rende necessario l'uso.
Sono escluse dal rimborso le spese per le eventuali parti aggiuntive, le riparazioni, le pile per il funzionamento e i materiali d'uso. Sono parimenti escluse le protesi per odontoiatria, ortodonzia e comunque ogni forma di protesi di tipo odontoiatrico e di tipo estetico.

Ai fini del sussidio è previsto il rimborso per i presidi sanitari e le protesi di seguito elencati:
a) apparecchi ortopedici per arto inferiore: docce, stecche, staffe, divaricatori, tutori per caviglia, tutori per gamba, tutori per ginocchia, tutori per anca;
b) apparecchi ortopedici per arto superiore: docce, tutori;
c) apparecchi ortopedici per il tronco: corsetti, busti, reggispalle, collari, minerve;
d) protesi di arto inferiore tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
e) protesi di arto superiore: estetiche di tipo tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
f) presidi per la deambulazione: stampelle, tripode, quadripode, stabilizzatore per statica in postura eretta, stabilizzatore per statica in postura supina;
g) presidi per la mobilità: carrozzina pieghevole con manubrio di spinta per prevalente uso interno, carrozzina pieghevole con telaio stabilizzato, carrozzina di transito;
h) protesi acustiche;
i) protesi per laringectomizzati: cannula tracheale in plastica o metallo, due nell'anno solare;
l) protesi fisiognomiche: protesi mammaria esterna, provvisoria o definitiva;
m) protesi oculare;
n) plantari.

10.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 60 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
   f. Indicazioni di quietanzamento
2) *Per protesi o presidi sanitari è necessario allegare la prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia*

Per le protesi acustiche il periodo di carenza è elevato a 365 giorni.

11 LIMITE MASSIMO SUSSIDIABILE PER VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DIAGNOSTICI ED ESAMI DI LABORATORIO, ACQUISTO PROTESI E PRESIDI SANITARI, LENTI PER OCCHIALI O LENTI A CONTATTO

11.1 Massimale annuo

I sussidi previsti ai precedenti punti 6, 7), 8), 9) e 10) si intendono concessi per spese documentate sostenute dal socio fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo famigliare.
Per le nuove adesioni con data di collocazione rientrante nel secondo semestre dell'anno solare, il massimale annuo e i sotto massimali sono dimezzati.

12 TRASPORTO INFERMI

12.1 Diritto al sussidio e suo importo

Il socio ha diritto a un sussidio di euro 30,00 (trenta/00) per il trasporto di se stesso o di un avente diritto con mezzo sanitario.
Il sussidio sarà concesso per un massimo di due volte nell'anno solare per nucleo famigliare e previa presentazione di documentazione in regola con la normativa fiscale vigente.

12.2 Periodo di carenza

Per acquisire diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 60 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.
Il periodo di carenza è ridotto a 15 giorni se il trasporto è dovuto a infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
   f. Indicazioni di quietanzamento

13 CICLI DI TERAPIE

13.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di infortunio o di ricovero ospedaliero con intervento chirurgico, è riconosciuto un sussidio - sia per rimborso del ticket dovuto al Servizio Sanitario Nazionale sia per spese effettuate in regime di solvenza - fino a un massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per ogni ciclo effettuato.
I cicli di terapie devono essere effettuati entro 365 giorni dall'infortunio o dal ricovero ospedaliero con intervento chirurgico. Il sussidio viene corrisposto una sola volta per ogni infortunio o ricovero con intervento chirurgico, con un massimo di 3 cicli nell'anno solare.

13.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 60 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.
Tale periodo è ridotto a 15 giorni in caso di infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
   f. Indicazioni di quietanzamento
2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica*

14 TELEASSISTENZA

14.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia in condizione di non autosufficienza accertata da dichiarazione medica o che la stessa documenti una situazione di inadeguata assistenza nell'arco della giornata, è concesso un sussidio pari al 50% della spesa sostenuta per l'acquisto o per il noleggio di un'apparecchiatura capace di fornire un servizio di teleassistenza, comunque fino a un massimo - per nucleo famigliare - di euro 100,00 (cento/00) nell'anno solare per nucleo famigliare.
Il sussidio verrà liquidato solo se la spesa sostenuta sarà dettagliatamente documentata e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibile alla situazione di non autosufficienza o inadeguata assistenza in atto.

14.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto all'apparecchio, il periodo di carenza è di 90 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE
1) *Dichiarazione medica attestante lo stato di necessità di teleassistenza*
2) *Documento comprovante il versamento della cauzione*
3) *Richiesta di attivazione del servizio (moduli specifici)*

15 CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI

I sussidi e i servizi erogati non sono fra loro cumulabili

NORME GENERALI

IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE
Ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetto ad IVA, rilasciato per un importo pari o superiore ad euro 77,47 deve essere assoggettato ad imposta di bollo nella misura in vigore mediante applicazione di marche o bollo a punzone.
Pertanto, ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte della Mutua, il socio ha l'obbligo di presentazione di fatture o documenti equivalenti ricevuti, regolarmente assoggettati ad imposta di bollo comunque non rimborsata dalla Società.

DICHIARAZIONE DI NOTORIETÀ
Tutti i documenti segnati con (*) possono essere sostituiti con il modulo per la dichiarazione di notorietà, da autenticare presso le nostre sedi territoriali

TRADUZIONE DEI DOCUMENTI IN LINGUA STRANIERA
Nei casi in cui è obbligatorio allegare la traduzione - secondo le modalità di cui all'art.5.7 del Regolamento applicativo - di documenti scritti in lingua straniera, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino a un massimo di 30 euro per ogni sussidio richiesto.

DOCUMENTAZIONE
La Società può richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto.

CARTELLA CLINICA
Nei casi in cui è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo.

CESARE POZZO
SANITÀ INTEGRATIVA DAL 1877

Tutela 504

Allegato al Regolamento applicativo dello Statuto

Edizione ottobre 2022

TUTELA 504

FORMA DI ASSISTENZA BASE

Contributo associativo annuo per il socio - **Euro 504,00** *(cinquecentoquattro/00)*

Contributo associativo annuo per il nucleo - **Euro 804,00** *(ottocentoquattro/00)*

L'iscrizione alla forma di assistenza base **Tutela 504** può essere richiesta da tutti coloro che siano in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale, dal Regolamento applicativo, nonché dal Verbale di accordo mutualistico sottoscritto tra l'Ente e *CesarePozzo*, purché all'atto della domanda di ammissione alla Società abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e non abbiano superato l'ottantesimo anno di età.

E' consentita la permanenza dopo l'ottantesimo anno di età.

ALLEGATO AL REGOLAMENTO

AREA RICOVERO

1 RICOVERO OSPEDALIERO, RICOVERO DIURNO, CURE ONCOLOGICHE

1.1 Ricovero ospedaliero

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera, dopo le prime due notti consecutive di ricovero, spetta un sussidio giornaliero dal primo giorno fino al termine del ricovero come di seguito specificato:

a) euro 30,00 (trenta/00), se il ricovero del socio sia avvenuto per intervento chirurgico, infortunio, parto, infarto miocardico acuto, vasculopatie ischemico-emorragiche cerebrali;

b) euro 15,00 (quindici/00) se il ricovero dell'avente diritto sia avvenuto per intervento chirurgico, infortunio, parto, infarto miocardico acuto, vasculopatie ischemico-emorragiche cerebrali.

Sono esclusi i casi di ricovero in regime di day hospital, di lungodegenza o per emodialisi. Al socio, nel caso di ricovero di un suo avente diritto, il sussidio spetta per un periodo massimo di 180 giorni nell'anno solare.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e la diagnosi*
2) *Per i soci con meno di tre anni di iscrizione è obbligatoria la cartella clinica (completa di anamnesi)*

1.2 Degenze in ricovero diurno con intervento chirurgico

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera in regime di ricovero diurno con intervento chirurgico, anche se preceduto da un singolo pernottamento ospedaliero, spetta un sussidio forfettario come di seguito specificato:

a) euro 100,00 (cento/00) per il ricovero del socio;
b) euro 50,00 (cinquanta/00) per il ricovero dell'avente diritto.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Cartella clinica in cui sono indicati i giorni di effettivo ricovero specificatamente documentati, la diagnosi e il tipo di intervento effettuato, con l'annotazione che il ricovero è avvenuto in regime di ricovero diurno o Day Surgery.

1.3 Cure oncologiche

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche in forma ambulatoriale o di degenza in day hospital, spetta il sussidio, per ogni giorno di trattamento, nelle seguenti misure:
a) euro 25,00 (venticinque/00) per il socio;
b) euro 25,00 (venticinque/00) per l'avente diritto.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

Certificato dell'Ospedale in cui sono indicate la data di inizio e quella di termine di ogni singolo periodo con indicate tutte le date del trattamento ed il tipo di terapia praticata.

1.4 Retta giornaliera per camere a pagamento

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia ricoverato in una struttura ospedaliera e che abbia sostenuto delle spese per la retta di degenza in camera a pagamento, dopo i primi due giorni consecutivi di ricovero spetta un rimborso massimo giornaliero, nelle seguenti misure:

a) euro 100,00 (cento/00) per il socio;
b) euro 50,00 (cinquanta/00) per l'avente diritto.

Il rimborso viene erogato purché il socio o il suo avente diritto sia stato sottoposto a un intervento chirurgico oppure per infortunio, parto, infarto miocardico acuto, vasculopatie ischemico-emorragiche cerebrali e comunque per un massimo di trenta giorni nell'anno solare per nucleo familiare.

DOCUMENTI DA ALLEGARE
1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
a) Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)
b) Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
c) Data di emissione
d) Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
e) Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
f) Indicazioni di quietanzamento

1.5 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se il ricovero è dovuto a infortunio.

2 INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

2.1 Norme e importi del sussidio

Al socio nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto, sia sottoposto ad un intervento chirurgico sussidiabile, intendendo per tale ogni intervento compreso nell'Allegato A, spetta un sussidio fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario A, per il rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative a:

a) onorari dei chirurghi, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
b) diritti di sala operatoria;
c) materiale di intervento, compresi i trattamenti terapeutici e gli apparecchi protesici usati durante l'intervento;
d) retta di degenza;
e) assistenza medica e infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
f) accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti il ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) per intervento;
g) esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari effettuati nei 120 giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di euro

1.000,00 (mille/00) per intervento;
h) prelievo di organi o parti di essi, ricoveri relativi al donatore vivente, accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto da donatore vivente, cure, medicinali e rette di degenza per il donatore vivente.
i) spese di trasporto con mezzo sanitario (in Italia e all'estero) o spese di rimpatrio della salma per decesso conseguente a intervento chirurgico sussidiabile avvenuto all'estero, per un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00).

2.2 Percentuale di rimborso
Il sussidio spetta per spese effettivamente sostenute e comunque fino alla concorrenza della somma indicata nell'Elenco e Tariffario A, (euro 10.000,00 (diecimila/00) per tutti gli interventi e per evento, euro 50.000,00 (cinquantamila/00) per i trapianti e per ogni evento.
In strutture sanitarie convenzionate, con presa in carico in forma diretta da parte della Società il rimborso massimo di euro 10.000,00 (diecimila/00) è elevato a euro 15.000,00 (quindicimila/00) per tutti gli interventi e per ogni evento.
Il sussidio di cui al precedente punto 2.1 viene erogato alle seguenti condizioni:
a) in caso di ricovero in strutture sanitarie convenzionate, con presa in carico in forma diretta da parte della Società, il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta;
b) nel caso in cui il socio usufruisca solo dei punti f) g) h) i), il rimborso sarà pari al 100% della spesa sostenuta;
c) in tutti gli altri casi, il rimborso sarà pari al 80% della spesa sostenuta.

2.3 Assistenza di ricovero ospedaliero
Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto sia sottoposto a intervento chirurgico sussidiabile, a titolo di rimborso spese, spetta un sussidio per ogni giorno di ricovero, con un massimo di dieci giorni, come di seguito specificato:
a) euro 40,00 (quaranta/00) giornaliere per ricovero in Italia;
b) euro 60,00 (sessanta/00) giornaliere per ricovero all'estero.
Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f) g) h) i) di cui al precedente punto 2.1, il socio potrà richiedere l'assistenza di ricovero ospedaliero.

2.4 Età minima degli aventi diritto
Nel caso in cui l'intervento chirurgico sussidiabile si sia reso necessario per gli aventi diritto del socio di cui alla lettera b) del punto 2.1 del Regolamento applicativo - in deroga alla predetta norma - non si tiene conto del limite di età fissato a 30 giorni dalla nascita.

2.5 Sussidio di ricovero ospedaliero
Qualora siano richiesti solo i rimborsi lettera f) g) h) i) di cui al precedente punto 2.1, il socio potrà richiedere il sussidio ospedaliero di cui al punto 1).

2.6 Periodo di carenza
Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'intervento chirurgico è dovuto a infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Cartella clinica completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato (**)*
2) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (socio o famigliare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
   f. Indicazioni di quietanzamento
3) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica*

AREA SERVIZI SANITARI ALLA PERSONA

3 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA PER MALATI NEOPLASTICI TERMINALI

3.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, ovvero ai suoi beneficiari o agli eredi legittimi, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto, sia affetto da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio fino a un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00) come rimborso delle spese sostenute a domicilio per gli interventi sanitari e le cure praticate negli ultimi sei mesi di vita.
Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate, in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

3.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese sostenute negli ultimi sei mesi di vita del mandato*
2) *Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale*

4 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

4.1 Sussidio assistenza domiciliare

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo familiare avente diritto sia colpito da malattie invalidanti temporanee a seguito di ricovero o infortunio e necessiti di interventi sanitari a domicilio, spetta un sussidio pari al 50% delle spese sostenute fino a un massimo - per nucleo familiare - di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare.
Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le prestazioni professionali fornite dai medici, in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia, da infermieri, fisioterapisti, massofisioterapisti e terapisti della Riabilitazione motoria, in possesso di idoneo titolo professionale, abilitati per eseguire: terapie mediche, assistenza infermieristica globale, assistenza riabilitativa e fisioterapica e rieducazione funzionale.
Il sussidio sarà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente docu-

mentate, in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto. Il rimborso spetta per terapie effettuate entro 365 giorni dall'evento.

4.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 180 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e indicazione delle prestazioni di assistenza domiciliare sanitaria praticate
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
   f. Indicazioni di quietanzamento
2) *Certificato medico attestante la malattia o la condizione del socio e la tipologia della prestazione domiciliare richiesta*

5 CICLI DI TERAPIE

5.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di ricovero ospedaliero con intervento chirurgico o infortunio, è riconosciuto un sussidio nelle seguenti misure:
a) 100% del ticket dovuto al Servizio Sanitario Nazionale;
b) 50% del documento fiscale con un massimo di euro 50,00 (cinquanta/00), se i cicli di cure terapeutiche sono effettuati in libera professione intramurale.
Il sussidio viene corrisposto una sola volta per ogni ricovero con intervento chirurgico o infortunio, con un massimo di tre cicli nell'anno solare.

5.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione. Tale periodo è ridotto a 30 giorni in caso di infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e indicazione delle prestazioni di assistenza domiciliare sanitaria praticate
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
   f. Indicazioni di quietanzamento
2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale*
3) *Certificato di dimissione in originale dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e l'intervento chirurgico*
4) *Certificato del Pronto Soccorso attestante l'infortunio*

AREA SPECIALISTICA

6 ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

6.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui un esame di Alta diagnostica strumentale o di Alta specializzazione, spetta - per ogni esame effettuato - un sussidio come di seguito indicato.
Il sussidio è rimborsabile fino a un massimo di euro 3.000,00 (tremila/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo famigliare.

6.1.1 Alta diagnostica strumentale

a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 100,00 (cento/00);
c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 40,00 (quaranta/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.
Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di Alta diagnostica strumentale i seguenti esami:
- angiografia;
- risonanza magnetica nucleare (Rmn)
- scintigrafia;
- tomografia ad Emissione di Positroni (Pet)
- tomografia assiale computerizzata (Tac).

6.1.2 Alta specializzazione

a) Rimborso del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
b) rimborso del 50% della spesa sostenuta nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale, fino a un rimborso massimo di euro 40,00 (quaranta/00);
c) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta il costo a carico del socio è di euro 25,00 (venticinque/00) per esame, la parte rimanente è a carico della Società.
Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di alta specializzazione i seguenti esami:
- ecocardio-colordoppler;
- ecocardiogramma;
- doppler - ecodoppler;
- elettromiografia;
- mammografia.
- mineralometria ossea computerizzata.

6.2 Esclusioni

Il sussidio non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

6.3 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.
Il periodo di carenza è ridotto a 30 giorni se l'esame diagnostico è dovuto a infortunio.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) *Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:*
   a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
   b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
   c. Data di emissione
   d. Numero e indicazione delle prestazioni di assistenza domiciliare sanitaria praticate
   e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo.
   f. Indicazioni di quietanzamento
2) *Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale. Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.*
3) *Prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia*

7 VISITE SPECIALISTICHE

7.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui visite specialistiche, presso il Servizio Sanitario Nazionale e presso le strutture sanitarie private spetta un rimborso con le seguenti modalità:
a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
b) nei casi di visite specialistiche effettuate in regime privato e/o libera professione intramurale, viene corrisposto il 70% della spesa fino a un massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per ciascuna visita e comunque nel limite, per anno solare e per ogni singola specializzazione, di due visite per persona.
Tale limite di visite annue è elevato a quattro nelle specializzazioni di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia.

8 ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI

8.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui un esame diagnostico strumentale, spetta un rimborso, per ogni esame effettuato, con le seguenti modalità:
a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
b) 50% in regime privato e/o libera professione intramurale fino a un massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per esame.

9 ESAMI DI LABORATORIO

9.1 Diritto al sussidio e suo importo

Sono rimborsabili le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto, per esami di laboratorio effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale e presso le strutture sanitarie private con le seguenti modalità:

a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
b) nei casi di esami di laboratorio in regime privato e/o libera professione intramurale, viene corrisposto il 60% della spesa con un massimo di euro 40,00 (quaranta/00) per fattura.

10 CHIRURGIA AMBULATORIALE

10.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui una prestazione in strutture ambulatoriali spetta un rimborso, per ogni intervento effettuato con le seguenti modalità:
a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
b) 70% in regime privato e/o libera professione intramurale con un massimo di euro 150,00 (centocinquanta/00) ad intervento.
Per il precedente punto b) Il sussidio è concesso fino a un massimo complessivo di sei interventi nell'anno solare per nucleo familiare. Il sussidio non è concesso per gli interventi inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina estetica.

11 NORME COMUNI PER VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DIAGNOSTICI, ESAMI DI LABORATORIO E CHIRURGIA AMBULATORIALE

11.1 Massimale annuo

I sussidi previsti ai precedenti punti 7), 8), 9) e 10) si intendono concessi per spese documentate sostenute dal socio fino a un massimo di euro 600,00 (seicento/00) nell'arco dell'anno solare per nucleo familiare.

11.2 Esclusioni

Il sussidio per i precedenti punti 7), 8), 9) e 10) non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.
Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

11.3 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
a. Indicazioni dell'assistito (Socio o familiare avente diritto)
b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
c. Data di emissione
d. Numero e indicazione delle prestazioni di assistenza domiciliare sanitaria praticate
e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
f. Indicazioni di quietanzamento
2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale

12 CHIRURGIA OCULISTICA

12.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui egli stesso o un suo avente diritto effettui terapie di seguito specificate, viene corrisposto il 100% del documento fiscale comprovante l'avvenuto intervento e le relative spese sostenute (per visite specialistiche ed esami diagnostici), comunque fino a un massimo complessivo di euro 1200,00 (milleduecento/00).
L'importo massimo del rimborso è erogato una sola volta per persona, sia con intervento ad un solo occhio sia ad entrambi gli occhi, anche in tempi diversi.
Ai fini del sussidio si considerano i seguenti interventi correttivi mediante laser ad eccimeri:
- laserchirurgia della cornea o trattamenti laser ad eccimeri per miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- cheratomileusi intrastomale associata a laser;
- terapia fotodinamica con verteporfine.

12.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 730 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) Cartella clinica o certificazione sanitaria del medico oculista attestante il tipo di intervento praticato e la diagnosi della malattia che ha richiesto l'intervento
2) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
a. Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)
b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
c. Data di emissione
d. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
e. Indicazioni di quietanzamento
3) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale

13 ACQUISTO LENTI PER OCCHIALI

13.1 Diritto al sussidio e suo importo

Sono rimborsabili al 50% le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto, per l'acquisto di due lenti per occhiali da vista o due lenti a contatto con un contributo massimo di euro 200,00 (duecento/00).
Il rimborso viene concesso solo a seguito di prescrizione da parte del medico specialista che indichi la patologia e il difetto visivo per i quali si rende necessario l'uso degli occhiali o lenti a contatto.
Non sono riconosciute le prescrizioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo.
La prescrizione medica verrà valutata, con giudizio insindacabile, dalla Commissione medica della Società.
Il sussidio spetta non più di una volta ogni quattro anni solari fatto salvo quando previsto dal successivo capoverso.
Il sussidio spetta comunque non più di una volta nell'anno solare per gli aventi diritto con età inferiore a dodici anni e non più di una volta ogni due anni solari in tutti gli

altri casi; successivamente alla prima volta il contributo spetta a condizione, accertata dal medico specialista o dall'ottico optometrista, che sia intervenuta una variazione dello stato dell'apparato visivo.
Il sussidio non è concesso per lenti a contatto usa e getta.

13.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
a. Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)
b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
c. Data di emissione
d. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
e. Indicazioni di quietanzamento
2) Certificato di prescrizione del medico specialista o dell'ottico optometrista che indichi la patologia (per la richiesta di lenti è necessario che sia indicato anche il difetto visivo)

14 PROTESI O PRESIDI SANITARI

14.1 Diritto al sussidio e suo importo

Viene corrisposto il 50% del documento fiscale con un massimo di euro 600,00 (seicento/00) nell'anno solare, per le spese sostenute dal socio o da un suo avente diritto per il ripristino della funzionalità fisica, per correzione di menomazioni fisiche per i presidi sanitari e le protesi di seguito elencati:
a) apparecchi ortopedici per arto inferiore: docce, stecche, staffe, divaricatori, tutori per caviglia, tutori per gamba, tutori per ginocchia, tutori per anca;
b) apparecchi ortopedici per arto superiore: docce, tutori;
c) apparecchi ortopedici per il tronco: corsetti, busti, reggispalle, collari, minerve;
d) protesi di arto inferiore tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
e) protesi di arto superiore: estetiche di tipo tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
f) presidi per la deambulazione: stampelle, tripode, quadripode, stabilizzatore per statica in postura eretta, stabilizzatore per statica in postura supina;
g) presidi per la mobilità: carrozzina pieghevole con manubrio di spinta per prevalente uso interno, carrozzina pieghevole con telaio stabilizzato, carrozzina di transito;
h) protesi acustiche;
i) protesi per laringectomizzati: cannula tracheale in plastica o metallo, due nell'anno solare;
l) protesi fisiognomiche: protesi mammaria esterna, provvisoria o definitiva;
m) protesi oculare;
n) plantari.

14.2 Esclusioni

Sono escluse dal rimborso le spese per le eventuali parti aggiuntive, le riparazioni, le pile per il funzionamento e i materiali d'uso.

Sono parimenti escluse le protesi per odontoiatria, ortodonzia e comunque ogni forma di protesi di tipo odontoiatrico e di tipo estetico.

14.3 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto ai sussidi, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dal primo giorno del mese successivo al versamento del primo contributo associativo.
Per le protesi acustiche il periodo di carenza è elevato a 730 giorni decorrente sempre a norma del precedente capoverso.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
a) Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)
b) Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
c) Data di emissione
d) Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
e) Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
f) Indicazioni di quietanzamento
2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale
3) Certificato di prescrizione del medico specialista che indichi la patologia

15 PREVENZIONE ODONTOIATRICA

15.1 Diritto al sussidio e suo importo

Nel caso in cui il socio richieda per se stesso prestazioni odontoiatriche di prevenzione (ablazione del tartaro) presso Studi dentistici convenzionati con la Società, la stessa provvede al pagamento diretto delle relative spese sostenute preventivamente prese in carico.
Il sussidio è previsto una volta per anno solare.

15.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

16 CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

16.1 Diritto al sussidio e suo importo

Al socio, nel caso in cui sostenga spese odontoiatriche a seguito di infortunio, è riconosciuto un sussidio pari al:
a) 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket);
b) 50% della spesa sostenuta in regime privato.
Il sussidio viene concesso solo in presenza del certificato del Pronto Soccorso che attesti l'infortunio.
Il sussidio viene corrisposto fino a un massimo di euro 1.000,00 (mille/00) nell'anno solare e per infortunio.

16.2 Periodo di carenza

Per acquisire il diritto al sussidio, il periodo di carenza è di 120 giorni a decorrere dalla data di iscrizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1) Documentazione analitica in originale delle spese (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
a) Indicazioni dell'assistito (socio o familiare avente diritto)
b) Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, residenza o domicilio, numero di partita Iva) con qualificazione professionale e specialistica
c) Data di emissione
d) Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni
e) Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo
f) Indicazioni di quietanzamento
2) Ricevuta del ticket del Servizio Sanitario Nazionale
3) Certificato del Pronto Soccorso che attesti l'infortunio

17 CUMULABILITÀ DEI SUSSIDI

17.1 Cumulabilità

I sussidi e i servizi erogati non sono fra loro cumulabili.

18 MASSIMALI PER ISCRIZIONI DURANTE L'ANNO SOLARE

18.1 Massimali

Tutti i massimali si intendono per iscrizioni complete per anno solare. Per le iscrizioni avvenute durante il corso dell'anno solare, in cui non viene versato il contributo associativo per l'intera annualità, tutti i massimali della forma di assistenza sono rapportati alle frazioni di mesi per i quali è stato versato il contributo.

NORME GENERALI

DOCUMENTAZIONE

La Società può richiedere al socio o direttamente agli enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto.

CARTELLA CLINICA

Nei casi in cui è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo.

IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE

Ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetto ad IVA, rilasciato per un importo pari o superiore ad euro 77,47 deve essere assoggettato a imposta di bollo nella misura attualmente fissata in euro 1,81 mediante applicazione di marche o bollo a punzone.
Pertanto, ai fini dell'accettazione della documentazione per il rimborso da parte della Mutua, il socio ha l'obbligo di presentazione di fatture o documenti equivalenti ricevuti, regolarmente assoggettati a imposta di bollo comunque non rimborsata dalla Società.

TRADUZIONE DEI DOCUMENTI IN LINGUA STRANIERA

Nei casi in cui è obbligatorio allegare la traduzione - secondo le modalità di cui all'art.5.7 del regolamento applicativo - di documenti scritti in lingua straniera, allegando la ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo fino a un massimo di 30 euro per ogni sussidio richiesto.

TUTELA 438

Contributo associativo annuo: **438,00 euro.**

Forma di assistenza base

Il Piano sanitario è valido per il socio e gli aventi diritto.
Età di adesione da 18 a 80 anni di età.
E' consentita la permanenza anche dopo gli 80 anni.

Sono considerati aventi diritto:
- coniuge / convivente legato da vincolo affettivo / unito civilmente
- figli fino a 25 anni se non percettori di reddito

INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI
(per interventi compresi nell'allegato A)

- **100%** rimborso per interventi in strutture convenzionate con rimborso diretto.
- **80%** rimborso per interventi in cui si utilizzano i punti a), b), c), d), e)
- **100%** rimborso per interventi in cui si utilizzano solo i punti f), g), h), i)

Il sussidio spetta per gli interventi elencati nel tariffario A fino alla somma massima prevista:
10.000 euro per tutti gli interventi e per ogni evento;
50.000 euro per trapianti e per evento.

Sussidio spese sanitarie secondo tariffario relative a:
a) onorari dei professionisti;
b) diritti di sala operatoria;
c) materiali di intervento ed eventuali apparecchi protesici;
d) retta di degenza;
e) assistenza medica e infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
f) accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche eseguiti nei **120 gg**. prima dell'intervento per un massimo di **1.000 euro**;
g) esami diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, fisioterapie, acquisto e noleggio protesi, nei **120 gg**. successivi per un massimo di **1.000 euro**;
h) prelievo di organi o parti di essi, ricoveri relativi al donatore vivente, accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico espianto da donatore vivente, cure, medicinali e rette di degenza per il donatore vivente;
i) spese di trasporto con mezzo sanitario **(in Italia e all'estero)** o spese di rimpatrio della salma per decesso dovuto a intervento chirurgico sussidiabile all'estero, per un massimo di **3.000 euro**.

Nel caso in cui si utilizzano solo i punti f), g), h), i), **Sussidio di assistenza di ricovero ospedaliero:**
- **20 euro** al g. per ricoveri in Italia e massimo 10 gg.
- **40 euro** al g. per ricoveri all'estero e massimo 10 gg.

RICOVERO

RICOVERO OSPEDALIERO
- dopo 2 notti continuative di ricovero
- fino a un massimo di 100 giorni annui

13 euro al giorno per ricovero

RICOVERO DIURNO CON INTERVENTO CHIRURGICO (DAY-SURGERY)

60 euro per ogni singolo intervento

RICOVERO PER CURE RIABILITATIVE
- dopo 2 notti continuative di ricovero
- fino a un massimo di 15 giorni annui
- fino a un massimo di 180 giorni annui per i figli di età inferiore a 18 anni

13 euro al giorno per ricovero

PREVENZIONE E CURE

ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE
- fino a un massimo di **3.000 euro** annui per nucleo familiare

Per ogni esame, sussidio del:

100% del ticket

50% della spesa fino a un massimo di **100 euro** per Alta diagnostica

50% della spesa fino a un massimo di **40 euro** per Alta specializzazione

Nelle strutture convenzionate con rimborso diretto, rimborso della prestazione con franchigia a carico del socio di:

40 euro per Alta diagnostica

25 euro per Alta specializzazione

La presente scheda tecnica riassuntiva rappresenta semplicemente i punti salienti della forma di assistenza in oggetto e non costituisce, in alcun modo, elemento vincolante ai fini della copertura mutualistica per la quale fa testo unicamente il Regolamento della forma di assistenza medesima, a cui si rimanda ad ogni effetto. Per ogni altra informazione in merito alla Società si rinvia al sito **www.mutuacesarepozzo.org**

CESARE POZZO
SANITÀ INTEGRATIVA DAL 1877

ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI

• fino a un massimo di **250 euro** nell'anno solare per nucleo familiare

100% del ticket

50% della spesa in regime privato o in libera professione

ESAMI DI LABORATORIO

• fino a un massimo di **200 euro** nell'anno solare per nucleo familiare

100% del ticket

50% della spesa in regime privato o in libera professione

VISITE SPECIALISTICHE

100% del ticket

• fino a un massimo di 2 visite all'anno per persona per ogni specializzazione e di 4 visite per Ginecologia e Ostetricia

50% della spesa in regime privato o in libera professione fino a un massimo di **70 euro** per ogni visita

In riferimento all'Alta diagnostica strumentale e all'Alta specializzazione, agli esami diagnostici strumentali e di laboratorio e alle visite specialistiche non sono riconosciuti i sussidi per le prestazioni inerenti l'odontoiatria, la medicina legale, la medicina dello sport, la medicina del lavoro, la medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'omeopatia, la medicina olistica, la chiropratica, l'iridologia.
Sono inoltre escluse le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in medicina e chirurgia.

CURE ONCOLOGICHE E DELLA TALASSEMIA

13 euro per ogni giorno di trattamento

CICLI DI TERAPIE

•

• massimo 1 volta per ogni ricovero o infortunio

massimo 3 cicli per anno solare

• fino a un massimo di **40 euro** per ticket o spesa privata per ogni ciclo di terapia riabilitativa resosi necessario in seguito a intervento chirurgico o infortunio

AREA PROTESI, PRESIDI SANITARI, LENTI

ACQUISTO PROTESI E PRESIDI SANITARI

• il rimborso viene concesso solo a seguito di prescrizione

Ai fini del sussidio si considerano i seguenti presidi sanitari e protesi:
a) apparecchi ortopedici per arto inferiore: docce, stecche, staffe, divaricatori, tutori per caviglia, tutori per gamba, tutori per ginocchia, tutori per anca;
b) apparecchi ortopedici per arto superiore: docce, tutori;
c) apparecchi ortopedici per il tronco: corsetti, busti, reggispalle, collari, minerve;
d) protesi di arto inferiore tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
e) protesi di arto superiore: estetiche di tipo tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
f) presidi per la deambulazione: stampelle, tripode, quadripode, stabilizzatore per statica in postura eretta, stabilizzatore per statica in postura supina;
g) presidi per la mobilità: carrozzina pieghevole con manubrio di spinta per prevalente uso interno, carrozzina pieghevole con telaio stabilizzato, carrozzina di transito;
h) protesi acustiche;
i) protesi per laringectomizzati: cannula tracheale in plastica o metallo, due nell'anno solare;
l) protesi fisiognomiche: protesi mammaria esterna, provvisoria o definitiva;
m) protesi oculare;
n) plantari.

50% della spesa fino a un massimo di **150 euro** nell'anno solare e per nucleo familiare

LENTI PER OCCHIALI O LENTI A CONTATTO

• il rimborso viene concesso solo a seguito di prescrizione

50% della spesa fino a un massimo di **100 euro** per ogni coppia di lenti per occhiali oppure per ogni coppia di lenti a contatto

Il sussidio spetta non più di 1 volta ogni 4 anni. Successivamente alla prima volta, il periodo è ridotto a 2 anni in caso di variazione dello stato dell'apparato visivo pari o superiore a mezza diottria.

MASSIMALE

Il sussidio relativo agli esami diagnostici strumentali e di laboratorio, alle visite specialistiche, all'acquisto di protesi, presidi e lenti per occhiali o lenti a contatto è rimborsabile complessivamente fino a un massimo di **1.000 euro** nell'arco dell'anno solare e per nucleo famigliare.
Per le nuove adesioni con data di collocazione rientrante nel secondo semestre dell'anno solare, il massimale annuo e i sotto massimali sono dimezzati.

ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

50% della spesa fino a un massimo di **1.000 euro**

ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA MALATI NEOPLASTICI TERMINALI

Massimo **1.000 euro** per spese documentate per interventi sanitari e cure praticate negli ultimi 6 mesi di vita

AREA SOCIALE

TRASPORTO INFERMI

30 euro a viaggio per trasporto con mezzo sanitario fino a un massimo di 2 volte l'anno per nucleo familiare

TELEASSISTENZA

50% del documento fiscale per acquisto o noleggio apparecchiatura fino a un massimo di **100 euro** nell'anno solare

ASSISTENZA IN CASO DI EMERGENZA

PER OGNI MIGLIORE INFORMAZIONE SI PRECISA CHE È CONSULTABILE E SCARICABILE LA RELATIVA "NOTA INFORMATIVA E CONDIZIONI" DAL SITO WWW.MUTUACESAREPOZZO.ORG

IMA ITALIA ASSISTANCE

ASSISTENZA IN CASO DI EMERGENZA

Numero Verde 800-332577

IN COLLABORAZIONE CON IMA ITALIA ASSISTANCE Per attivare i servizi di quest'area è necessario chiamare preventivamente la Centrale Operativa al numero **800 332 577** Dall'estero **0039-0224128375**

ASSISTENZA MEDICA
- Consulenza medica telefonica
- Invio di un medico/pediatra in Italia
- Invio di autoambulanza in Italia
- Rientro alla residenza a seguito dimissione ospedaliera
- Invio medicinali all'estero
- Rimpatrio sanitario dall'estero
- Monitoraggio del ricovero ospedaliero
- Assistenza ai familiari assicurati
- Assistenza ai minori di anni 14
- Viaggio di un familiare
- Recapito messaggi urgenti
- Rientro anticipato

ASSISTENZA A DOMICILIO IN ITALIA
- Assistenza infermieristica post-ricovero
- Assistenza fisioterapica post-ricovero
- Invio baby-sitter
- Collaboratrice familiare
- Consegna farmaci presso l'abitazione
- Servizio spesa a casa
- Custodia animali
- Invio di un fabbro/serramentista per interventi di emergenza
- Invio di un vetraio per interventi di emergenza
- Invio di un idraulico per interventi di emergenza
- Invio di un elettricista per interventi di emergenza
- Invio di un termoidraulico/tecnico gas

SERVIZI DI ASSISTENZA TELEFONICA
- Informazioni sanitarie e farmaceutiche
- Informazioni di medicina tropicale
- Segnalazione Centri diagnostici privati

TUTELA 504

FORMA DI ASSISTENZA BASE

Contributo associativo annuo per il solo socio: 504,00 euro
Il Piano sanitario è valido per il socio

Contributo associativo annuo per il nucleo familiare: 804,00 euro
Il Piano sanitario è valido per il socio e i familiari aventi diritto. Sono considerati aventi diritto:

- coniuge / convivente legato da vincolo affettivo / unito civilmente
- figli del socio fino a 25 anni se non percettori di reddito

L'iscrizione alla forma di assistenza base **TUTELA 504** può essere richiesta da tutti coloro che, in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto sociale e dal Regolamento applicativo, all'atto della domanda di ammissione alla Società, abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e non abbiano superato l'ottantesimo anno di età.
E' consentita la permanenza dopo l'ottantesimo anno di età.

INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI

INTERVENTI CHIRURGICI SUSSIDIABILI
(per interventi compresi nell'allegato A)

- **100%** rimborso per interventi in strutture convenzionate con rimborso diretto.
- **80%** rimborso per interventi in cui si utilizzano i punti a), b), c), d), e)
- **100%** rimborso per interventi in cui si utilizzano solo i punti f), g), h), i)

Il sussidio spetta per gli interventi elencati nel tariffario A fino alla somma massima prevista:
10.000 euro per tutti gli interventi e per ogni evento;
15.000 euro per ogni intervento in strutture convenzionate con rimborso diretto;
50.000 euro per trapianti e per evento.

Sussidio spese sanitarie secondo tariffario relative a:
a) onorari dei professionisti;
b) diritti di sala operatoria;
c) materiali di intervento ed eventuali apparecchi protesici;
d) retta di degenza;
e) assistenza medica e infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
f) accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche eseguiti nei **120 gg.** prima dell'intervento per un massimo di **1.000 euro**;
g) esami diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, fisioterapie, acquisto e noleggio protesi, nei **120 gg.** successivi per un massimo di **1.000 euro**;
h) prelievo di organi o parti di essi, ricoveri relativi al donatore vivente, accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico espianto da donatore vivente, cure, medicinali e rette di degenza per il donatore vivente;
i) spese di trasporto con mezzo sanitario **(in Italia e all'estero)** o spese di rimpatrio della salma per decesso dovuto a intervento chirurgico sussidiabile all'estero, per un massimo di **3.000 euro**.
Nel caso in cui si utilizzano solo i punti f), g), h), i), **Sussidio di assistenza di ricovero ospedaliero:**
- **40 euro** al g. per ricoveri in Italia e massimo 10 gg.
- **60 euro** al g. per ricoveri all'estero e massimo 10 gg.

CHIRURGIA OCULISTICA CON LASER AD ECCIMERI
100% del documento fiscale fino a un massimo di **1.200 euro**

CHIRURGIA AMBULATORIALE
• fino a un massimo di 6 interventi per anno solare

100% della spesa per ticket

70% dell'intervento privato fino a un massimo di **150 euro** per anno solare

AREA PREVENZIONE E CURE

ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE
• fino a un massimo di **3.000 euro** annui per nucleo familiare

Per ogni esame, sussidio del:

100% della spesa per ticket

50% della spesa fino a un massimo di **100 euro** per Alta diagnostica

50% della spesa fino a un massimo di **40 euro** per Alta specializzazione

Nelle strutture convenzionate in forma diretta, rimborso della prestazione con franchigia a carico del socio di:

40 euro per Alta diagnostica

25 euro per Alta specializzazione

Ai fini del sussidio si considerano accertamenti di alta diagnostica strumentale i seguenti esami: angiografia; risonanza magnetica nucleare (RMN); scintigrafia; tomografia ad emissione di positroni (PET); tomografia assiale computerizzata (TAC).
Inoltre, si considerano accertamenti di alta specializzazione i seguenti esami: ecocardio-colordoppler; ecocardiogramma; doppler-ecodoppler; elettromiografia; mammografia; mineralometria ossea computerizzata.

ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI
100% della spesa per ticket

50% della spesa fino a un massimo di **40 euro** per esame in regime privato o in libera professione

ESAMI DI LABORATORIO
100% della spesa per ticket

60% della spesa fino a un massimo di **40 euro** per esame in regime privato o in libera professione

La presente scheda tecnica riassuntiva rappresenta semplicemente i punti salienti della forma di assistenza in oggetto e non costituisce, in alcun modo, elemento vincolante ai fini della copertura mutualistica per la quale fa testo unicamente il Regolamento della forma di assistenza medesima, a cui si rimanda ad ogni effetto. Per ogni altra informazione in merito alla Società si rinvia al sito **www.mutuacesarepozzo.org**

CESARE POZZO
SANITÀ INTEGRATIVA DAL 1877

VISITE SPECIALISTICHE

100% della spesa per ticket

70% della spesa fino a un massimo di **40 euro** per visita in regime privato o in libera professione. Massimo 2 visite per specializzazione per persona.

In riferimento all'Alta diagnostica strumentale e all'Alta specializzazione, agli esami diagnostici strumentali e di laboratorio e alle visite specialistiche non sono riconosciuti i sussidi per le prestazioni inerenti l'odontoiatria, la medicina legale, la medicina dello sport, la medicina del lavoro, la medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'omeopatia, la medicina olistica, la chiropratica, l'iridologia. Sono inoltre escluse le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in medicina e chirurgia.

CURE ONCOLOGICHE

25 euro per ogni giorno di trattamento

CICLI DI TERAPIE RIABILITATIVE DOPO RICOVERO PER INTERVENTO CHIRURGICO O CAUSA INFORTUNIO

• massimo 3 eventi per anno solare

100% della spesa per ticket

50% della spesa fino a un massimo di **50 euro** in regime privato

MASSIMALE

Il sussidio relativo agli esami diagnostici strumentali e di laboratorio, alle visite specialistiche e alla chirurgia ambulatoriale è rimborsabile fino a un massimo di euro 600 nell'arco dell'anno solare per nucleo famigliare.

AREA PROTESI, PRESIDI SANITARI, LENTI

PROTESI E PRESIDI SANITARI

Per protesi, apparecchi e presidi ortopedici, protesi acustiche, plantari ecc.

50% della spesa fino a un massimo di **600 euro** annui

ACQUISTO LENTI PER OCCHIALI O LENTI A CONTATTO

• prestazione erogabile ogni 2 anni, annualmente sotto i 12 anni.

• ogni 4 anni senza variazioni di diottrie

50% della spesa fino a un massimo di **200 euro** annui

AREA RICOVERO

RICOVERO OSPEDALIERO PER INTERVENTO CHIRURGICO, INFORTUNIO, PARTO, INFARTO MIOCARDICO ACUTO, ISCHEMIE CEREBRALI

• per tutta la degenza dopo almeno 2 notti continuative

30 euro al giorno — Socio

15 euro al giorno — Avente diritto

RICOVERO DIURNO CON INTERVENTO CHIRURGICO

100 euro per ogni singolo intervento — Socio

50 euro per ogni singolo intervento — Avente diritto

RETTA PER CAMERA A PAGAMENTO

100 euro al giorno — Socio

50 euro al giorno — Avente diritto

AREA ASSISTENZA SANITARIA

ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

50% della spesa fino a un massimo di **1.000 euro**

ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA MALATI NEOPLASTICI TERMINALI

• per spese documentate per interventi sanitari e cure praticate negli ultimi 6 mesi di vita

Massimo **3.000 euro**

AREA ODONTOIATRICA

CURE ODONTOIATRICHE – IGIENE ORALE (ABLAZIONE DEL TARTARO)

• massimo una volta nell'anno solare

100% della spesa presso studi convenzionati in forma diretta — Socio

CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

• con presentazione del certificato del Pronto Soccorso

• massimo **1.000 euro** nell'anno solare e per infortunio

100% della spesa per ticket; — Socio

50% della spesa in regime privato

CESARE POZZO
SANITÀ INTEGRATIVA DAL 1877

ASSISTENZA IN CASO DI EMERGENZA

PER OGNI MIGLIORE INFORMAZIONE SI PRECISA CHE È CONSULTABILE E SCARICABILE LA RELATIVA "NOTA INFORMATIVA E CONDIZIONI" DAL SITO WWW.MUTUACESAREPOZZO.ORG

IMA ITALIA ASSISTANCE

ASSISTENZA IN CASO DI EMERGENZA

Numero Verde 800-332577

IN COLLABORAZIONE CON IMA ITALIA ASSISTANCE Per attivare i servizi di quest'area è necessario chiamare preventivamente la Centrale Operativa al numero **800 332 577** Dall'estero **0039-0224128375**

ASSISTENZA MEDICA
- Consulenza medica telefonica
- Invio di un medico/pediatra in Italia
- Invio di autoambulanza in Italia
- Rientro alla residenza a seguito dimissione ospedaliera
- Invio medicinali all'estero
- Rimpatrio sanitario dall'estero
- Monitoraggio del ricovero ospedaliero
- Assistenza ai familiari assicurati
- Assistenza ai minori di anni 14
- Viaggio di un familiare
- Recapito messaggi urgenti
- Rientro anticipato

ASSISTENZA A DOMICILIO IN ITALIA
- Assistenza infermieristica post-ricovero
- Assistenza fisioterapica post-ricovero
- Invio baby-sitter
- Collaboratrice familiare
- Consegna farmaci presso l'abitazione
- Servizio spesa a casa
- Custodia animali
- Invio di un fabbro/serramentista per interventi di emergenza
- Invio di un vetraio per interventi di emergenza
- Invio di un idraulico per interventi di emergenza
- Invio di un elettricista per interventi di emergenza
- Invio di un termoidraulico/tecnico gas

SERVIZI DI ASSISTENZA TELEFONICA
- Informazioni sanitarie e farmaceutiche
- Informazioni di medicina tropicale
- Segnalazione Centri diagnostici privati

CESARE POZZO
SANITÀ INTEGRATIVA DAL 1877

DOMANDA DI AMMISSIONE/ADESIONE ASSOCIAZIONE PENSIONATI E DIPENDENTI EX CR TORINO E ALTRE BANCHE

CESAREPOZZO
SANITÀ INTEGRATIVA DAL 1877
SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO ETS
VIA SAN GREGORIO, 48 - 20124 MILANO
WWW.MUTUACESAREPOZZO.ORG
C.F. 80074000158
ALBO SOCIETÀ COOPERATIVE N° C108040

Io sottoscritto/a* _____ * [M] [F]

nato/a il * _____ a* _____ prov.* _____

residente in via/piazza* _____ n.* _____

CAP* _____ comune* _____ prov.* _____

domiciliato/a in via/piazza* _____ n. _____

CAP _____ comune _____ prov. _____

codice fiscale* _____ nazionalità* _____

tipo documento di identità allegato * _____ n.* _____

azienda e/o luogo di lavoro _____ professione _____

e-mail personale* _____ cellulare* _____ telefono _____

CHIEDO

di essere iscritto/a alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo ETS dichiarando di accettare integralmente lo Statuto sociale e il Regolamento applicativo in vigore, visionabili e scaricabili dal sito internet della Società. Dichiaro altresì di accettare le eventuali successive modifiche. Nel caso in cui il CdA deliberi la mia ammissione a socio/a ordinario/a chiedo di essere collocato/a nella seguente forma di assistenza base, impegnandomi a versare un contributo associativo base annuo pari a:

☐ TUTELA 438 € 438,00 ☐ TUTELA 504 € 504,00 ☐ TUTELA 804 € 804,00

Mi impegno pertanto a versare la quota di iscrizione una tantum e i contributi associativi annui complessivi dovuti di € | | | |,| | | tramite:

☐ addebito in conto corrente in via continuativa (SEPA Direct Debit) con frequenza: ☐ annuale
☐ bonifico bancario anticipato con frequenza: ☐ annuale

NOTA BENE

Per le scadenze di pagamento vedasi Regolamento applicativo dello Statuto, artt. 3.1 "Contributo base" - 3.2 "Contributo aggiuntivo".

Per la decorrenza dell'ammissione/adesione vedasi Regolamento applicativo dello Statuto, artt. 1.2 "Decorrenza della data di iscrizione" - 1.3 "Decorrenza della data di collocazione nella forma di assistenza aggiuntiva".

Luogo e data* _____ Firma* _____

Data primo pagamento (GG/MM/AAAA) | | /| | /| | | | | Data di iscrizione (GG/MM/AAAA) | | /| | /| | | | |

Il sottoscritto dichiara di approvare espressamente le seguenti norme:

Statuto
Art. 6 "Numero, categorie e requisiti dei soci - Ammissione a socio - Scioglimento del rapporto sociale - Recesso del socio - Esclusione del socio - Opposizione - Decadenza del Socio"
Art. 19 "Collegio dei Probiviri"
Art. 22 "Collegio Arbitrale - Foro esclusivamente competente"

Regolamento applicativo dello Statuto
Art. 1.5 "Esclusione del sussidio"
Art. 1.6 "Iscrizione continuativa e ininterrotta alla Società per tre anni consecutivi"
Art. 3.7 "Perdita del diritto ai sussidi per morosità"
Art. 3.7bis "Sospensione della copertura"
Art. 4.3 "Termine per la presentazione della domanda di sussidio"
Art. 4.4 "Erogazione dei sussidi per eventi relativi agli aventi diritto"
Art. 4.6 "Esclusione di responsabilità della Società per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati"

Luogo e data* _____ Firma* _____

NOTA

Al fine della validità del presente documento, **è necessario**:

- compilare tutti i campi contrassegnati con un asterisco (*);
- compilare i campi dedicati al domicilio solo se diverso dalla residenza;
- allegare copia del proprio documento d'identità in corso di validità e del primo pagamento effettuato.

Il sottoscritto _____
dichiara di aver ricevuto la presente domanda debitamente compilata e sottoscritta in originale

Località _____ data della domanda _____

Firma _____ (del rappresentante) matricola CP _____ (del rappresentante)

SPAZIO PER PROTOCOLLO

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell' art. 13 Regolamento UE 2016/679

La Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo ETS, con sede legale in Via San Gregorio 48/46 - 20124 Milano (MI), in qualità di Titolare del trattamento (di seguito solo "Cesare Pozzo" o "Titolare"), La informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 (in seguito GDPR) e della normativa nazionale vigente in materia, che i suoi dati saranno trattati con le seguenti modalità e per le finalità di seguito indicate:

Finalità e Oggetto del Trattamento

Il trattamento è diretto all'espletamento delle finalità istituzionali attinenti l'esercizio dell'attività mutualistica, nonché di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale e di quella ad esse connesse per l'esercizio di detta attività, comprese quelle promozionali, in forza delle vigenti normative applicabili alle società di mutuo soccorso, dello Statuto Sociale e dei Regolamenti.

Il Titolare tratta:

1) i dati personali identificativi e di contatto (a titolo esemplificativo: nome, cognome, indirizzo, telefono, e-mail, riferimenti bancari e di pagamento), ai fini del perfezionamento dell'adesione associativa; nel caso in cui l'aspirante socio richieda l'estensione della forma di assistenza al proprio nucleo familiare, dovranno essere forniti anche i dati anagrafici, di vincolo parentale e codice fiscale dei soggetti ai quali viene estesa l'assistenza;

2) i dati identificativi e di contatto ai fini dell'invio della newsletter ed eventuali altre comunicazioni promozionali;

3) i dati identificativi e di contatto anche ai fini dell'invio dell'organo ufficiale periodico di stampa "Il Treno";

4) i dati personali relativi a professione, matricola, azienda e luogo di lavoro, ai fini statistici;

5) i dati particolari (dati sanitari), ai soli fini della richiesta ed eventuale liquidazione dei sussidi;

6) i dati amministrativi, giudiziari e professionali, ai soli fini della richiesta e liquidazione dei sussidi – Prestazione Professionale;

7) i dati identificativi degli eredi ed i dati particolari del socio (sanitari e quelli contenuti nelle disposizioni testamentarie laddove esistenti) ai soli fini della richiesta di tutti i sussidi eventualmente maturati in caso di morte di quest'ultimo;

8) i dati di matricola e password, ai fini del primo accesso alla piattaforma "Cesarepozzoperte" (https://secure.cesarepozzoperte.it) e di tutte le funzionalità spiegate nel Manuale di utilizzo della piattaforma e pubblicate su doxa.cesarepozzoperte.it (ad esempio per accedere ed aggiornare alcuni dati anagrafici, richiedere sussidi e verificare le informazioni sullo stato della pratica).

Base giuridica e natura obbligatoria o facoltativa del Trattamento

I suoi dati personali sono trattati:

a) solo previo Suo esplicito consenso (artt. 7 e 9 GDPR), per le seguenti finalità mutualistiche:

a.1) perfezionare l'adesione associativa ed i servizi conseguenti;

a.2) dare attuazione a quanto previsto dalla forma di assistenza base ed eventualmente aggiuntiva/e a cui ha aderito, per sé o/o per gli aventi diritto, per quel che riguarda i dati personali che sono comunicati al momento dell'adesione, nonché di quelli raccolti nel corso del rapporto associativo, ivi inclusi dati particolari (dati sanitari, dati giudiziari);

a.3) salvo previo Suo distinto consenso ai fini dell'autorizzazione dell'invio della newsletter ed eventuali altre comunicazioni promozionali.

b) senza il Suo consenso espresso (art. 6 lett. c), f) GDPR), per le seguenti finalità quando:

b.1) è necessario adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;

b.2) è necessario accertare, esercitare o difendere i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio;

La base legale del trattamento di dati personali per le finalità di cui ai punti a.1), a.2) e a.3) è l'esplicito consenso del socio; per il punto b.1) è un obbligo di legge; per il punto b.2) è il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare.

Il conferimento dei dati personali per le finalità sopra elencate è essenziale per la gestione del rapporto associativo e, pertanto, obbligatorio. Il rifiuto a fornire i dati personali o l'autorizzazione al loro trattamento comporta l'impossibilità di procedere all'iscrizione alla Cesare Pozzo e, se questa è già in atto, l'impossibilità di erogazione delle prestazioni oggetto del rapporto associativo.

Modalità di Trattamento

I suoi dati sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonee a garantire la sicurezza e riservatezza delle informazioni. Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art.4 n. 2) GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, comunicazione, limitazione, cancellazione e distruzione dei dati.

Destinatari (comunicazione e diffusione)

I dati personali non sono oggetto di diffusione e sono comunicati a:

- personale e collaboratori in qualità di incaricati al trattamento dei dati personali, nelle aree di competenza;
- consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio (per attività di verifica della contabilità, dei bilanci, per le questioni fiscali, legali, tecniche, e dei servizi informativi di qualsiasi natura, per le verifiche dei documenti sanitari e di ogni altro documento previsto dallo Statuto e dal regolamento attuativo);
- istituti bancari e assicurativi, postali, a società che forniscono servizi collaterali anche per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi;
- soggetti e Enti aventi altre finalità mutualistiche, sociali, culturali o sindacali e comunque per scopi di solidarietà;
- società partecipate e/o controllate;
- a soggetti pubblici che possono accedere ai Suoi dati in forza di disposizioni di legge o di regolamento, nei limiti previsti da tali norme.

Trasferimenti

I dati personali sono conservati su server ubicati presso la sede legale del Titolare e comunque all'interno dell'Unione Europea.

Conservazione dei dati

I dati personali conferiti saranno conservati per il tempo necessario per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi richiesti, ai fini promozionali saranno conservati per un periodo di 24 mesi, e comunque per un tempo non eccedente al raggiungimento delle finalità sopra descritte e per gli obblighi previsti dalla legge, o fino a che non intervenga la revoca del consenso specifico da parte dell'interessato.

Diritti dell'interessato

Nella Sua qualità di interessato ha i diritti di cui all'art. 15 - 22 GDPR e precisamente:

- il diritto di accedere ai propri dati personali presenti in archivi cartacei e/o elettronici: l'interessato ha diritto ad ottenere informazioni sui dati trattati dal Titolare, su determinati aspetti del trattamento e a ricevere una copia dei dati trattati;
- il diritto di ottenere la rettifica dei dati personali inesatti senza ingiustificato ritardo: tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato può verificare la correttezza dei propri dati e richiederne l'aggiornamento o la correzione;
- il diritto di ottenere la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo se sussiste uno dei motivi di cui all'art. 17 GDPR;
- il diritto di ottenere la limitazione del trattamento: quando ricorre una delle ipotesi di cui all'art. 18, GDPR, l'interessato può richiedere la limitazione del trattamento dei propri dati. In tal caso il Titolare non tratterà i dati per alcun altro scopo se non la loro conservazione;
- il diritto di opporsi al trattamento dei dati: l'interessato può opporsi al trattamento dei propri dati quando esso avviene su una base giuridica diversa dal consenso;
- il diritto alla portabilità del dato nei limiti e nei modi previsti dall'art. 20 GDPR: l'interessato ha diritto di ricevere i propri dati in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e, ove tecnicamente fattibile, di ottenerne il trasferimento senza ostacoli ad un altro Titolare. Questa disposizione è applicabile quando i dati sono trattati con strumenti automatizzati ed il trattamento è basato sul consenso dell'interessato, su un contratto di cui l'interessato è parte o su misure contrattuali ad esso connesse.
- **Il diritto di revocare il consenso al trattamento dei dati in qualsiasi momento, senza pregiudicare in alcun modo la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca.**

L'interessato ha diritto di ricevere le informazioni relative all'azione intrapresa riguardo a una delle suddette richieste o agli effetti nascenti dall'esercizio di uno dei suddetti diritti, senza ingiustificato ritardo e, comunque, al più tardi entro un mese dal ricevimento della richiesta stessa, prorogabile, se necessario, di due mesi; ha, altresì, diritto di proporre ricorso giurisdizionale e reclamo all'Autorità di controllo ossia al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma; garante@gpdp.it, oppure protocollo@pec.gpdp.it).

Modalità di esercizio dei diritti

Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando:

- una e-mail all'indirizzo: privacy@mutuacesarepozzo.it;
- una raccomandata a/r a: Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo ETS - Via San Gregorio 48/46 - 20124 Milano (MI)

Titolare, Data Protection Officer, Responsabili

Il Titolare del trattamento è la Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo ETS, con sede legale in Via San Gregorio 48/46 - 20124 Milano (MI).

A sua volta, il Titolare ha nominato un Responsabile della protezione dei dati (Data Protection Officer) disponibile all'indirizzo: dpo@mutuacesarepozzo.it per qualunque informazione inerente il trattamento dei dati personali.

L'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento è custodito presso la sede legale del Titolare del trattamento.

Consenso al trattamento dei dati ai fini della gestione del rapporto associativo (obbligatorio)

Dopo aver letto attentamente il contenuto dell'informativa, con l'apposizione della firma in calce al presente modulo si manifesta il consenso al trattamento dei propri dati, anche particolari e giudiziari, nell'ambito delle finalità e modalità sopra richiamate ai fini di gestione del rapporto associativo.

☐ Consento il trattamento ☐ Non consento il trattamento

Consenso al trattamento dei dati personali ai fini promozionali (facoltativo)

☐ Consento il trattamento ☐ Non consento il trattamento

AUTOCERTIFICAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

CESAREPOZZO
SANITÀ INTEGRATIVA DAL 1877

SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO ETS
VIA SAN GREGORIO, 48 - 20124 MILANO
WWW.MUTUACESAREPOZZO.ORG
C.F. 80074030158
ALBO SOCIETÀ COOPERATIVE N° C100040

Io sottoscritto/a* _____ * M F

nato/a il * _____ a* _____ prov.* _____

residente in via/piazza* _____ n.* _____

CAP* _____ comune* _____ prov.* _____

domiciliato/a in via/piazza* _____ n. _____

CAP _____ comune _____ prov. _____

codice fiscale* _____ nazionalità* _____

tipo documento di identità allegato * _____ n.* _____

azienda e/o luogo di lavoro _____ professione _____

e-mail personale* _____ cellulare* _____ telefono _____

Inoltre DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

e consapevole delle conseguenze, anche legali art. 482 e 496 C.P. e che comunque potrebbero inficiare il diritto al sussidi in caso di dichiarazione mendace, che il proprio nucleo familiare avente diritto di cui all'articolo 2.1 del Regolamento della Società è così composto

Grado parentela (1)	Nominativo familiare	Data di nascita	Luogo di nascita/provincia	Carico fiscale (2)	Firma del familiare (3)
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			
Codice Fiscale		Professione			

Luogo e data* _____ Firma* _____

Delega

Delego i singoli componenti del mio nucleo familiare a presentare, in mio nome e per mio conto, le richieste di sussidio e la relativa documentazione richiesta, alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo ETS, secondo le modalità previste dalle norme sociali in vigore.

Luogo e data* _____ Firma* _____

NOTA

Al fine della validità del presente documento, è **necessario**:

- compilare tutti i campi contrassegnati con un asterisco (*);
- compilare i campi dedicati al domicilio solo se diverso dalla residenza.

(1) *Specificare se coniuge, convivente legato da vincolo affettivo, figliola. In caso di convivente legato da vincolo affettivo, allegare compilato in ogni parte il Mod DCI/2021*

(2) *Indicare se a carico fiscale del socio (SI/NO)*

(3) *Con la firma il familiare intende accordato il proprio consenso al trattamento dei dati personali, così come sopra specificato. Per i figli minorenni non occorre la firma degli interessati, il consenso è espresso con la firma del socio*

SPAZIO PER PROTOCOLLO

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell' art. 13 Regolamento UE 2016/679

La Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo ETS, con sede legale in Via San Gregorio 46/46 - 20124 Milano (MI), in qualità di Titolare del trattamento (di seguito solo "Cesare Pozzo" o "Titolare"), La informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 (in seguito GDPR) e della normativa nazionale vigente in materia, che i suoi dati saranno trattati con le seguenti modalità e per le finalità di seguito indicate:

Finalità e Oggetto del Trattamento
Il trattamento è diretto all'espletamento delle finalità istituzionali attinenti l'esercizio dell'attività mutualistica, nonché di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale e di quelle ad esse connesse per l'esercizio di detta attività, comprese quelle promozionali, in forza delle vigenti normative applicabili alle società di mutuo soccorso, dello Statuto Sociale e dei Regolamenti.
Il Titolare tratta:
1) i dati personali identificativi e di contatto (a titolo esemplificativo: nome, cognome, indirizzo, telefono, e-mail, riferimenti bancari e di pagamento), ai fini del perfezionamento dell'adesione associativa; nel caso in cui l'aspirante socio richieda l'estensione della forma di assistenza al proprio nucleo familiare, dovranno essere forniti anche i dati anagrafici, di vincolo parentale e carico fiscale dei soggetti ai quali viene estesa l'assistenza;
2) i dati identificativi e di contatto ai fini dell'invio della newsletter ed eventuali altre comunicazioni promozionali;
3) i dati identificativi e di contatto anche ai fini dell'invio dell'organo ufficiale periodico di stampa "Il Treno";
4) i dati personali relativi a professione, matricola, azienda e luogo di lavoro, ai fini statistici;
5) i dati particolari (dati sanitari), ai soli fini della richiesta ed eventuale liquidazione dei sussidi;
6) i dati amministrativi, giudiziari e professionali, ai soli fini della richiesta e liquidazione dei sussidi – Prestazione Professionale;
7) i dati identificativi degli eredi ed i dati particolari del socio (sanitari e quelli contenuti nelle disposizioni testamentarie laddove esistenti) ai soli fini della richiesta di tutti i sussidi eventualmente maturati in caso di morte di quest'ultimo;
8) i dati di matricola e password, ai fini del primo accesso alla piattaforma "Cesarepozzoporto" (https://socure.cesarepozzoporto.it) e di tutte le funzionalità spiegate nel Manuale di utilizzo della piattaforma e pubblicate su docs.cesarepozzoporte.it (ad esempio per accedere ed aggiornare alcuni dati anagrafici, richiedere sussidi o verificare le informazioni sullo stato della pratica).

Base giuridica e natura obbligatoria o facoltativa del Trattamento
I suoi dati personali sono trattati:
a) solo previo Suo esplicito consenso (artt. 7 e 9 GDPR), per le seguenti finalità mutualistiche:
a.1) perfezionare l'adesione associativa ed i servizi conseguenti;
a.2) dare attuazione a quanto previsto dalla forma di assistenza base ed eventualmente aggiuntiva/e a cui ha aderito, per sé e/o per gli aventi diritto, per quel che riguarda i dati personali che sono comunicati al momento dell'adesione, nonché di quelli raccolti nel corso del rapporto associativo, ivi inclusi dati particolari (dati sanitari, dati giudiziari);
a.3) salvo previo Suo distinto consenso ai fini dell'autorizzazione dell'invio della newsletter ed eventuali altre comunicazioni promozionali.
b) senza il Suo consenso espresso (art. 6 lett. c), f) GDPR), per le seguenti finalità quando:
b.1) è necessario adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;
b.2) è necessario accertare, esercitare o difendere i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio;
La base legale del trattamento di dati personali per le finalità di cui ai punti a.1), a.2) e a.3) è l'esplicito consenso del socio; per il punto b.1) è un obbligo di legge; per il punto b.2) è il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare.
Il conferimento dei dati personali per le finalità sopra elencate è essenziale per la gestione del rapporto associativo e, pertanto, obbligatorio. Il rifiuto a fornire i dati personali o l'autorizzazione al loro trattamento comporta l'impossibilità di procedere all'iscrizione alla Cesare Pozzo o, se questa è già in atto, l'impossibilità di erogazione delle prestazioni oggetto del rapporto associativo.

Modalità di Trattamento
I suoi dati sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonee a garantire la sicurezza e riservatezza delle informazioni. Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art.4 n. 2) GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, comunicazione, limitazione, cancellazione e distruzione dei dati.

Destinatari (comunicazione e diffusione)
I dati personali non sono oggetto di diffusione e sono comunicati a:
- personale e collaboratori in qualità di incaricati al trattamento dei dati personali, nelle aree di competenza;
- consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio (per attività di verifica della contabilità, dei bilanci, per le questioni fiscali, legali, tecniche, e dei servizi informativi di qualsiasi natura, per le verifiche dei documenti sanitari e di ogni altro documento previsto dallo Statuto e dal regolamento attuativo);
- istituti bancari e assicurativi, postali, a società che forniscono servizi collaterali anche per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi;
- soggetti e Enti aventi altre finalità mutualistiche, sociali, culturali o sindacali e comunque per scopi di solidarietà;
- società partecipate e/o controllate;
- a soggetti pubblici che possono accedere ai Suoi dati in forza di disposizioni di legge o di regolamento, nei limiti previsti da tali norme.

Trasferimenti
I dati personali sono conservati su server ubicati presso la sede legale del Titolare e comunque all'interno dell'Unione Europea.
Conservazione dei dati
I dati personali conferiti saranno conservati per il tempo necessario per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi richiesti, ai fini promozionali saranno conservati per un periodo di 24 mesi, e comunque per un tempo non eccedente al raggiungimento delle finalità sopra descritte e per gli obblighi previsti dalla legge, o fino a che non intervenga la revoca del consenso specifico da parte dell'interessato.

Diritti dell'interessato
Nella Sua qualità di interessato ha i diritti di cui all'art. 15 - 22 GDPR e precisamente:
- il diritto di accedere ai propri dati personali presenti in archivi cartacei e/o elettronici: l'interessato ha diritto ad ottenere informazioni sui dati trattati dal Titolare, su determinati aspetti del trattamento e a ricevere una copia dei dati trattati;
- il diritto di ottenere la rettifica dei dati personali inesatti senza ingiustificato ritardo: tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato può verificare la correttezza dei propri dati e richiederne l'aggiornamento o la correzione;
- il diritto di ottenere la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo se sussiste uno dei motivi di cui all'art. 17 GDPR;
- il diritto di ottenere la limitazione del trattamento: quando ricorre una delle ipotesi di cui all'art. 18, GDPR, l'interessato può richiedere la limitazione del trattamento dei propri dati. In tal caso il Titolare non tratterà i dati per alcun altro scopo se non la loro conservazione;
- il diritto di opporsi al trattamento dei dati: l'interessato può opporsi al trattamento dei propri dati quando esso avviene su una base giuridica diversa dal consenso;
- il diritto alla portabilità del dato nei limiti e nei modi previsti dall'art. 20 GDPR: l'interessato ha diritto di ricevere i propri dati in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e, ove tecnicamente fattibile, di ottenerne il trasferimento senza ostacoli ad un altro Titolare. Questa disposizione è applicabile quando i dati sono trattati con strumenti automatizzati ed il trattamento è basato sul consenso dell'interessato, su un contratto di cui l'interessato è parte o su misure contrattuali ad esso connesse;
- il diritto di revocare il consenso al trattamento dei dati: in qualsiasi momento, senza pregiudicare in alcun modo la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
L'interessato ha diritto di ricevere le informazioni relative all'azione intrapresa riguardo a una delle suddette richieste o agli effetti nascenti dall'esercizio di uno dei suddetti diritti, senza ingiustificato ritardo e, comunque, al più tardi entro un mese dal ricevimento della richiesta stessa, prorogabile, se necessario, di due mesi; ha, altresì, diritto di proporre ricorso giurisdizionale e reclamo all'Autorità di controllo ossia al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma, garante@gpdp.it, oppure protocollo@pec.gpdp.it).

Modalità di esercizio dei diritti
Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando:
- una e-mail all'indirizzo: privacy@mutuocesarepozzo.it;
- una raccomandata a/r a: Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo ETS - Via San Gregorio 46/46 - 20124 Milano (MI)

Titolare, Data Protection Officer, Responsabili
Il Titolare del trattamento è la Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo ETS, con sede legale in Via San Gregorio 46/46 - 20124 Milano (MI).
A sua volta, il Titolare ha nominato un Responsabile della protezione dei dati (Data Protection Officer) disponibile all'indirizzo: dpo@mutuocesarepozzo.it per qualunque informazione inerente il trattamento dei dati personali.
L'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento è custodito presso la sede legale del Titolare del trattamento.

Consenso al trattamento dei dati ai fini della gestione del rapporto associativo (obbligatorio)
Dopo aver letto attentamente il contenuto dell'informativa, con l'apposizione della firma in calce al presente modulo si manifesta il consenso al trattamento dei propri dati, anche particolari e giudiziari, nell'ambito delle finalità e modalità sopra richiamate ai fini di gestione del rapporto associativo.

☐ Consento il trattamento ☐ Non consento il trattamento

Consenso al trattamento dei dati personali ai fini promozionali (facoltativo)

☐ Consento il trattamento ☐ Non consento il trattamento

Luogo e data _____ Firma dell'interessato _____

AUTORIZZAZIONE ALL'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE IN VIA CONTINUATIVA DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT

CESARE POZZO
SANITÀ INTEGRATIVA DAL 1877

SOCIETÀ NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO CESARE POZZO ETS
VIA SAN GREGORIO, 48 - 20124 MILANO
WWW.MUTUOCESAREPOZZO.ORG
C.F. 80074030158
ALBO SOCIETÀ COOPERATIVE N° C100040

DATI DEL SOCIO [1]
(compilare in stampatello)

Nome e cognome _____

Indirizzo _____ CAP _____

comune _____ prov. _____

codice fiscale (codice identificativo del debitore) _____

email _____ tel _____

DATI DELL'INTESTATARIO DEL C/C DI ADDEBITO [2]
(compilare in stampatello - **da compilare solo nel caso in cui il correntista sia diverso dal socio**)

Nome e cognome _____

Indirizzo _____ CAP _____

comune _____ prov. _____

codice fiscale (codice identificativo del debitore) _____

email _____ tel _____

i La informiamo che, ai sensi dell'art. 15, comma 1 lettera i bis, del DPR 917/86, il socio potrà detrarre dalle proprie imposte i contributi versati nei limiti delle normative vigenti. Tali contributi, per essere fiscalmente agevolati, devono essere sostenuti dal socio: si invita a verificare, pertanto, l'intestazione del c/c di addebito e il documento emesso dall'istituto di credito. Nel caso in cui il c/c fosse cointestato con altri soggetti, la invitiamo a riportare solamente il nominativo e il codice fiscale del socio, tralasciando eventuali cointestatari.

CODICE IBAN DA ADDEBITARE [3]

	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE
I T				

AZIENDA CREDITRICE

Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo ETS
Via San Gregorio 46/48 - 20124 Milano
Codice identificativo: IT 67 001 0000000/430158

FORME DI ASSISTENZA

- ☐ TUTELA GLOBALE
- ☐ PRIMA TUTELA
- ☐ _____
- ☐ SALUTE PIÙ
- ☐ SALUTE SINGLE
- ☐ _____
- ☐ PARTNER
- ☐ TUTELA FIGLI
- ☐ _____

FREQUENZA DI PAGAMENTO

- ☐ ANNUALE
- ☐ SEMESTRALE
- ☐ TRIMESTRALE
- ☐ MENSILE

MESE/ANNO PRIMO PAGAMENTO

_____

☐ **ADESIONE**

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla Banca.

Sottoscrizione del/dei correntista/i _____

Il/I sottoscritto/i può/possono riservarsi il diritto di chiedere all'Azienda di credito il rimborso di quanto addebitato entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Sottoscrizione del/dei correntista/i _____ Luogo e data _____

☐ **REVOCA**

Il/I sottoscritto/i revoca/revocano l'autorizzazione all'addebito in via continuativa sul conto in oggetto, aperto presso di Voi, dei documenti di debito emessi dall'Azienda creditrice sopracitata.

Sottoscrizione del/dei correntista/i _____ Luogo e data _____

TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI

[1] In questo campo vanno indicati i dati del socio debitore

[2] In questo campo vanno indicati i dati del/dei correntista/i che effettua/effettuano il pagamento

[3] Codice IBAN conto del correntista

SPAZIO PER PROTOCOLLO