



## ESTRATTO DELLE CONDIZIONI FORMULA DIARIA DA RICOVERO PLUS

Realizzato per:  
**FONDO MUTUASALUS sms**  
**SEZIONE GARDA VITA**

### «DIARIA DA RICOVERO PLUS»

La presente appendice ha per oggetto le prestazioni di assistenza sanitaria previste negli articoli di seguito riportati. Tali prestazioni costituiscono il piano sanitario del FONDO MUTUASALUS sms denominato **DIARIA DA RICOVERO PLUS**.

Il piano sanitario è riservato ai Soci iscritti alla Sezione **GARDA VITA** che hanno sottoscritto la Modulo di Adesione al servizio di assistenza proposto.

#### 1. OGGETTO DEL PIANO SANITARIO

Il FONDO MUTUASALUS s.m.s. corrisponde una indennità giornaliera convenuta in caso di infortunio o malattia che comportino:

1. Ricovero in Istituto di cura, anche quando dovuto a parto;
2. Day Hospital;
3. Rimborso spese pre e post ricovero in Istituto di cura.

##### *Indennità per ricovero in Istituto di cura*

Nel caso di ricovero in Istituto di cura viene corrisposta:

- a) una indennità giornaliera pari ad € 70 per un massimo di 30 giorni di ricovero per annuo assicurativo e per nucleo familiare;
- b) rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, compresi i relativi onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- c) rimborso delle spese sostenute per visite mediche, accertamenti diagnostici, compresi i relativi onorari medici, trattamenti specialistici ed assistenza infermieristica effettuati nei 90 giorni successivi al termine del ricovero

Tutte le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 70% con un minimo non indennizzabile pari a € 150.

Tali indennità vengono corrisposte con l'avvertenza che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengono computati – cumulativamente – come un solo giorno.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

##### *Indennità per Day Hospital*

Nel caso di Day Hospital viene corrisposta una indennità giornaliera di € 35 per un massimo di 30 giorni per annuo assicurativo e per nucleo familiare.

Questa prestazione non è operante per la visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a fini diagnostici.

#### 2. PERSONE ASSISTITE

La garanzia è prestata a favore dei Soci iscritti tramite la Sezione **GARDA VITA del Fondo Mutuasalus sms** che hanno sottoscritto il Modulo di Adesione alla copertura sanitaria oggetto della presente appendice. La Sezione **GARDA VITA** ha sede in Via Trieste n° 62 – 25018 MONTICHIARI (BS) ed i Soci iscritti alla Sezione **GARDA VITA** sono per statuto Soci o Clienti della Banca di Credito Cooperativo del Garda.

La garanzia può essere estesa ai familiari del Socio con versamento del relativo contributo a carico del Socio stesso.

Nel caso di estensione della garanzia ai familiari è fatto obbligo al Socio di iscrivere l'intero nucleo familiare, salvo i componenti non assicurabili a norma del presente regolamento.

Per familiari del Socio si intendono il coniuge o convivente more uxorio ed i figli purché, questi ultimi, fiscalmente a carico

dell'iscritto stesso. Il convivente more uxorio deve risultare nello stesso stato di famiglia del Socio.

Le variazioni del nucleo familiare iscritto devono essere denunciate alla Sezione **GARDA VITA** del Fondo Mutuasalus sms all'atto del loro verificarsi e, comunque, non oltre il 30esimo giorno da quello in cui le variazioni medesime si sono verificate.

In caso di decesso dell'Associato iscritto i familiari dello stesso hanno diritto alla prosecuzione delle prestazioni previste nel presente regolamento per tutto l'anno solare in cui il decesso è avvenuto e possono continuare nell'iscrizione al Fondo medesimo.

Tale piano è una delle opzioni del Settore di intervento istituito dal Fondo Mutuasalus a favore dei Soci della Sezione **GARDA VITA** del Fondo Mutuasalus sms ai sensi del proprio statuto e relativo Regolamento Generale.

#### 3. PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Il FONDO MUTUASALUS s.m.s. riconosce le seguenti prestazioni aggiuntive:

##### *a) Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio.*

Le prestazioni fisioterapiche devono essere prescritte dal medico di base o curante, purché sia fisiatra od ortopedico, devono essere esclusivamente a fini riabilitativi e devono essere effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo deve essere comprovato dal documento di spesa.

Le terapie per le quali è possibile usufruire delle garanzie sono kinesiterapia, chiropratica, ionoforesi, ultrasuoni, radar, massoterapia.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la presenza di un certificato medico di Pronto Soccorso.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 70% con un minimo non indennizzabile di € 150 per ogni ciclo di terapia.

##### *b) Diaria da ricovero per un accompagnatore in caso di "ricovero importante".*

Il FONDO MUTUASALUS s.m.s. provvede al pagamento delle spese di pernottamento di un accompagnatore per un periodo massimo di 10 giorni per ciascun sinistro ed anno assicurativo e per un importo massimo pari all'indennità giornaliera convenuta.

#### 4. DECORRENZA DELLE GARANZIE

Il periodo di carenza relativo alla fruizione dei benefici è così stabilito:

- a) per gli infortuni, dal giorno in cui ha inizio la copertura;
- b) per le malattie dal 90° giorno dall'inizio della copertura;
- c) per il parto e le malattie da puerperio dal 300° giorno dall'inizio della copertura.

La copertura, nei termini previsti dal presente regolamento, avrà effetto a partire dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese in cui è stata chiesta l'iscrizione al piano sanitario e pagata la prima quota annuale di adesione.

#### 5. LIMITI DI ETÀ

Agli iscritti ed ai componenti del nucleo familiare, le prestazioni previste dal presente regolamento sono erogate sino al termine dell'anno contributivo in cui il Socio assistito raggiunge il 75° anno di età.

## 6. ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il mondo.

## 7. DURATA

La copertura sanitaria ha durata annuale con tacito rinnovo, pertanto in mancanza di disdetta, da comunicarsi mediante lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza annuale, la copertura sanitaria è prorogata per un anno e così successivamente. In caso di disdetta del contratto, la copertura sanitaria termina alla data di scadenza annuale.

## 8. DENUNCIA DI SINISTRO

L'Iscritto deve dare comunicazione al FONDO MUTUASALUS s.m.s. del ricovero programmato, tramite apposito modulo ed entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato.

In caso di ricovero di urgenza, la comunicazione deve essere presentata entro 5 giorni. Alla predetta comunicazione dovrà essere allegata o far seguito l'invio entro 15 giorni di fotocopia della documentazione medica in base alla quale è stato disposto il ricovero stesso.

Entro 90 giorni dal termine del periodo di ricovero, l'Iscritto deve presentare al FONDO MUTUASALUS s.m.s., tramite la Sezione **GARDA VITA**, la richiesta di rimborso, utilizzando il modello predisposto, corredata dalla necessaria documentazione.

L'Iscritto o i suoi familiari aventi diritto devono consentire alla visita di medici del FONDO MUTUASALUS s.m.s. e qualsiasi indagine od accertamento ritenuti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

Il FONDO MUTUASALUS s.m.s. provvede alla liquidazione di quanto dovuto all'Assistito su presentazione della documentazione descritta nel presente regolamento.

Il FONDO MUTUASALUS s.m.s., ricevuta la documentazione completa di cui al comma precedente e verificata l'operatività delle garanzie provvede all'emissione della quietanza di pagamento nel termine di 30 giorni.

Il FONDO MUTUASALUS s.m.s. provvede al pagamento di quanto dovuto entro 15 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni della BCE.

## 9. CRITERI DI RIMBORSO

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assistito deve inviare alla sede del FONDO MUTUASALUS s.m.s., tramite la Sezione **GARDA VITA**, la documentazione necessaria:

- ✓ modulo di richiesta indennizzi/rimborsi;
- ✓ copia della cartella clinica conforme all'originale;
- ✓ documentazione di spesa fiscalmente valida (notule/fatture);
- ✓ certificati e prescrizioni mediche.

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, previa consegna al FONDO MUTUASALUS s.m.s. della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora il Socio assistito abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, allo stesso verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità indicate nel presente contratto, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

Per le prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute (trattamento alberghiero e ticket sanitari) vengono liquidate secondo le modalità indicate precedentemente.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, il Socio assistito dovrà presentare il modulo di richiesta indennizzi/rimborsi corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

Si consiglia di trattenere in ogni caso una fotocopia di tutta la documentazione inviata.

## 10. LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni non sono dovute se dipendenti da:

- a) guida di veicoli o natanti se l'Assistito non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- b) guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;

- c) radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da fenomeni di trasmutazione dell'atomo;
- d) atti dolosi compiuti od anche tentati dall'Iscritto;
- e) interventi per la cura, eliminazione e correzione di difetti fisici e/o malformazioni preesistenti alla decorrenza della garanzia;
- f) interventi chirurgici aventi finalità estetiche (salvo interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni);
- g) infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche con relativi allenamenti e prove (salvo si tratti di gare di regolarità pura);
- h) infortuni ed intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni e stupefacenti;
- i) epilessia, sindromi epilettoidi o schizofreniche, stati paranoici, forme maniaco-depressive malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- j) malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- k) ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- l) aborto;
- m) pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore
- n) trattamenti di infertilità e fecondazione artificiale;
- o) ricoveri o prestazioni avvenute in "beauty farm" o istituti assimilabili;
- p) protesi dentarie e in ogni caso cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio o da asportazione chirurgica di tumori

**Non rientrano nella garanzia le spese relative alle malattie pregresse intendendosi per tali le malattie dovute a situazioni patologiche accertate anteriormente all'ingresso in garanzia del Socio.**

## 11. CONTROVERSIE

In caso di controversie che possono sorgere tra il FONDO MUTUASALUS s.m.s. e gli assistiti, questi ultimi possono presentare ricorso scritto verso i provvedimenti adottati entro il termine di 30 gg. dalla data del provvedimento.

Il FONDO MUTUASALUS s.m.s. può esperire, tramite incaricato, il tentativo di composizione bonaria della vertenza.

Qualora il tentativo di conciliazione non abbia esito positivo, nel caso si tratti di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi delle indennità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato a decidere ad un collegio di tre medici, nominati uno dall'Assistito, uno dal FONDO MUTUASALUS s.m.s. ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Per eventuali controversie giudiziali è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'Iscritto.

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

## 12. GARANZIE ASSICURATIVE

Il presente piano sanitario può usufruire di garanzie assicurative nell'ipotesi in cui i competenti organi amministrativi del Fondo decidano di stipulare una Convenzione Assicurativa, idonea a rendere certe le garanzie di assistenza di cui alla presente Appendice. Nell'ipotesi in cui tale Convenzione Assicurativa venisse stipulata, sarà messa a disposizione del Socio/Assistito per far valere i propri diritti contro la Società di Gestione che ha assunto in gestione il SETTORE DI INTERVENTO stesso, con la diretta assunzione di tutte le obbligazioni ivi presenti.

Tale Convenzione sarà depositata presso la sede del Fondo Mutuasalus s.m.s., Via Castelfidardo n° 50 - 00185 ROMA.

---

---

## Note esplicative

**Art. 1910<sup>3</sup>:** *(Assicurazione presso diversi assicuratori)*. «Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno (1980).»

**Art. 1913:** *(Avviso all'assicuratore in caso di sinistro)*. «L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto (1903), entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza (1915). Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio (1914) o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore (533 c.n.).»

**Art. 1915:** *(Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio)*. «L'assicurato che dolosamente non adempie all'obbligo dell'avviso (1910, 1913) o del salvataggio (1914) perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto (1932).»

**COMIPA**  
**Consorzio tra Mutue Italiane**  
**di Previdenza e Assistenza**

Tel. 06.4440010  
Fax. 06.49386357

*Sezione del Fondo Mutuasalus a cui rivolgersi:*

