

ESTRATTO DELLE CONDIZIONI FORMULA GAMMA

Realizzato per: FONDO MUTUASALUS sms SEZIONE GARDA VITA

«FORMULA GAMMA»

La presente appendice, le cui caratteristiche sono indicate negli articoli di seguito riportati, ha per oggetto le prestazioni previste dalla Convenzione Assicurativa CATTOLICA, denominata **FORMULA GAMMA**, stipulata dal FONDO MUTUASALUS sms per conto dei Soci iscritti alla propria Sezione **GARDA VITA** che hanno sottoscritto la Modulo di Adesione al servizio di assistenza proposto.

1. OGGETTO DEL PIANO SANITARIO

Il Piano sanitario è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Isritto per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- protesi ortopediche e acustiche;
- rimborso spese odontoiatriche da infortunio;

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Isritto può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" del presente regolamento, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Isritto.
- b) Servizio Sanitario Nazionale.

2. PERSONE ASSISTITE

Le coperture sono prestate a favore dei Soci della **Sezione GARDA VITA del Fondo Mutuasalus sms** iscritti al presente Piano Sanitario.

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 del Banca di Credito Cooperativo del Garda.

La garanzia può essere estesa con versamento del relativo contributo a carico del Socio, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli, quest'ultimi, se fiscalmente a carico. Il convivente more uxorio deve risultare nello stesso stato di famiglia del Socio.

Nel caso in cui il Socio decide di estendere la garanzia ai familiari, è obbligatorio includere in garanzia tutte le persone del nucleo familiare assistibili, come sopra indicato.

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. RICOVERO

Il Fondo mediante la Società di Gestione provvede al rimborso delle spese sostenute nei seguenti casi.

RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Si rimborsano le spese per le seguenti prestazioni:

- a) Pre-ricovero
Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi

necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

- b) Intervento chirurgico
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
- c) Assistenza medica, medicinali, cure
Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico.
- d) Rette di degenza
Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Le rette di degenza vengono rimborsate nel limite di € 300 al giorno.
- e) Accompagnatore
Le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura vengono rimborsate nel limite di € 100 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- f) Assistenza infermieristica privata individuale
Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 100 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
- g) Post ricovero
Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

TRASPORTO SANITARIO

Il Fondo mediante la Società di Gestione rimborsa le spese di trasporto dell'Isritto in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.000 per ricovero.

DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Fondo mediante la Società di Gestione provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura", lett. a), b), c), g) e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, il Fondo mediante la Società di Gestione liquida le spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le

spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

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

PARTO

A) Parto cesareo

Il Fondo mediante la Società di Gestione provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura", lett. b), c), d), e), g) e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000 per anno assicurativo e per nucleo familiare. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

B) Parto non cesareo

Il Fondo mediante la Società di Gestione provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura" lett. b), c), d). Relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto "Ricovero in Istituto di cura", lettera g) e "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 4.000 per anno assicurativo e per nucleo familiare. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, il Fondo mediante la Società di Gestione rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

4. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Iscritto.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Iscritto con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 750 ad eccezione di quelle indicate ai punti "Ricovero in istituto di cura", lett. d), e), f), "Trasporto sanitario", "Parto", "Rimpatrio della salma" che vengono rimborsate all'Iscritto nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

Qualora l'Iscritto sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Fondo mediante la Società di Gestione rimborserà integralmente, senza applicazione di scoperti o franchigie, quanto anticipato dall'Iscritto nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Iscritto, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lett.

a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Iscritto".

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Iscritto, qualora non richieda alcun rimborso alla Società di Gestione, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 100 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

MASSIMALE

Il massimale annuo per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 100.000 per nucleo familiare. Nel caso di "grande intervento chirurgico", (vedi elenco allegato), il massimale suindicato si intende raddoppiato.

5. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il Fondo mediante la Società di Gestione provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

1. Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici): Angiografia, Artrografia, Broncografia, Cisternografia, Cistografia, Clisma opaco, Colangiografia, Colangiografia per cutanea, Colecistografia, Dacriocistografia, Defecografia, Discografia, Fistelografia, Flebografia, Fluorangiografia, Galattografia, Isterosalpingografia, Linfografia, Mammografia, Mielografia, Pneumoencefalografia, Retinografia, Rx esofago, Rx tubo digerente, Scialografia, Splenoportografia, Tomografia torace, Tomografia in genere, Tomografia logge renali, Tomoxerografia, Urografia, Vesciculodeferentografia

2. Chemioterapia

3. Cobaltoterapia

4. Dialisi

5. Elettromiografia

6. Risonanza Magnetica Nucleare

7. Scintigrafia

8. Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

Il massimale annuo iscritto per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 7.000 per nucleo familiare.

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

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 80% con il minimo non indennizzabile di € 70 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del S.S.N., il Fondo mediante la Società di Gestione rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

6. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

Il Fondo mediante la Società di Gestione rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel limite annuo di € 1.500 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% e con un minimo non indennizzabile di € 100 per sinistro.

7. RIMBORSO SPESO ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

A parziale deroga di quanto previsto al punto "LIMITI DELLE PRESTAZIONI", vengono rimborsate le spese per prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso nel limite di € 1.000 per anno assicurativo e nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 80% per sinistro. Nel caso in cui l'Iscritto si avvalga del S.S.N., il Fondo mediante la Società di Gestione rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Iscritto.

8. DECORRENZA E ATTIVAZIONE

Le garanzie per l'Iscritto e i familiari indicati alla voce "PERSONE ASSISTITE", decorrono dalle ore 24:00:

- ✓ del giorno di effetto della garanzia infortuni;
- ✓ del 60° giorno successivo a quello di effetto della garanzia malattie;
- ✓ del 60° giorno successivo a quello di effetto della garanzia malattie dipendenti da gravidanza;
- ✓ del 300° giorno successivo a quello di effetto della garanzia per il parto e le malattie da puerperio;
- ✓ del 1° giorno del terzo anno successivo a quello di effetto della garanzia per le patologie alla voce "PATOLOGIE PARTICOLARI";
- ✓ del 1° giorno del sesto anno successivo a quello di effetto della garanzia per le infezioni da HIV.

La copertura, nei termini previsti dal presente regolamento, ha effetto 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.

In ogni caso l'inizio della copertura si ha solo ed esclusivamente nell'ipotesi in cui il Socio sia in regola con il pagamento del contributo associativo al Fondo Mutuasalus s.m.s., stabilito dai competenti organi amministrativi del Fondo per il presente Piano Sanitario.

Qualora il Socio/Iscritto intenda inserire l'eventuale coniuge o convivente "more uxorio" e i figli minori tutti risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'iscrizione e non potrà inserirli successivamente.

Peri Soci in garanzia, l'inclusione di familiari come definiti alla voce "PERSONE ASSISTITE", in un momento successivo alla decorrenza della copertura è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio al Fondo dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia purché comunicata entro 15 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia al Fondo, con applicazione di quanto previsto in merito alla decorrenza delle garanzie salvo il caso di nuove nascite.

9. 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.

10. CESSAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il diritto alle prestazioni cessa:

- 1) per perdita della qualità di Socio al Fondo;
- 2) immediatamente, in caso che l'Iscritto rifiuti di sottoporsi a visita medica di controllo ritenuta indispensabile della Società di Gestione per una corretta valutazione del sinistro rispetto all'operatività delle garanzie;
- 3) per morosità, con effetto dalle ore 24 del giorno della scadenza annuale, qualora il contributo annuale non venga pagato entro il 15° giorno successivo alla scadenza annuale, fermo restando l'obbligo del versamento ed il relativo diritto ad esigere o farne esigere il pagamento. Solo se la morosità non si protrae per più di tre mesi il diritto alle prestazioni viene ripristinato con effetto dalla data del tardivo pagamento.

11. PERSONE NON ASSISTIBILI

Sono definite "persone non assistibili" coloro le quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- ✓ Tumori diagnosticati nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione del presente piano sanitario;
- ✓ Malattie degenerative del sistema nervoso (es.. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- ✓ Epatopatie croniche e cirrosi epatiche;
- ✓ Pancreatite acuta e cronica;
- ✓ Ictus cerebrale ischemico o emorragico diagnosticato nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del presente piano sanitario;
- ✓ Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene ipofisi, cuore e pancreas;
- ✓ Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico diagnosticate nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del presente piano sanitario (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- ✓ Sieropositività all'HIV;
- ✓ Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%

La copertura cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopraindicate.

12. PATOLOGIE PARTICOLARI

Le seguenti patologie verranno considerate in garanzia anche se in essere all'atto della sottoscrizione del presente Piano Sanitario:

- ✓ Miopia
- ✓ Cataratta;
- ✓ Varici;

- ✓ Emorroidi;
- ✓ Ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni (ad es. menisco, legamenti crociati);
- ✓ Meniscectomia
- ✓ Calcolosi renale ed epatica;
- ✓ Diabete;
- ✓ Insufficienza renale;
- ✓ Malattie a carico della tiroide;
- ✓ Ipertrofia prostatica;
- ✓ Ernie tutti i tipi.

Per esse verranno osservate le seguenti modalità risarcitorie:

- ✓ Indennizzabilità nei due anni dalla sottoscrizione del piano con riconoscimento di un importo forfetario di € **1.000** per ogni intervento chirurgico/patologia, a meno che l'Iscritto non dimostri, dietro presentazione di cartella clinica, che l'alterazione sia già stata affrontata chirurgicamente nella medesima sede e/o nel medesimo organo, nel qual caso le spese verranno liquidate secondo le disposizioni alla voce "OGGETTO DEL PIANO SANITARIO"; qualora il ricovero avvenga in strutture del S.S.N. o da esso accreditate, verrà corrisposta l'indennità sostitutiva prevista al punto "Indennità sostitutiva" per un massimo di 5 giorni.
- ✓ Oltre tale termine temporale, le patologie rientreranno a pieno titolo nelle garanzie di cui al presente Piano Sanitario.

13. ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale in tutto il mondo.

14. LIMITI DI ETÀ

Il Piano Sanitario può essere sottoscritto o rinnovato fino al raggiungimento del 75° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del Socio la copertura cessa nel medesimo momento in cui termina per il medesimo. Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, la copertura cessa alla prima scadenza annua limitatamente a questo Iscritto.

15. DENUNCIA DI SINISTRO

L'Iscritto o chi per esso deve dare avviso del sinistro alla Società entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. L'avviso potrà essere dato per iscritto al seguente indirizzo:

GARDA VITA
c/o Ufficio Sinistri
Società Cattolica di Assicurazione
Lungadige Cangrande 16
37126 Verona (VR)

oppure al fax:

+39.045.8391.401

La Società provvede alla liquidazione di quanto dovuto all'Iscritto su presentazione della documentazione descritta nel presente regolamento. La Società di Gestione, 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. Successivamente 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'Iscritto, ricavato dalle quotazioni della Banca Centrale Europea.

16. MODALITÀ DI INDENNIZZO

1. Sinistri in strutture private o pubbliche in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'iscritto.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Iscritto deve inviare direttamente alla sede della Società di Gestione la documentazione necessaria: modulo di richiesta indennizzi/rimborsi corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e dai certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Iscritto deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato. Il rimborso di quanto spettante all'Iscritto viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata. Qualora l'Iscritto abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Iscritto verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità indicate alla voce "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. a), al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

2. *Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale*

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del S.S.N. o da esso accreditate, le spese sostenute (trattamento alberghiero e ticket sanitari) vengono liquidate secondo le modalità indicate al precedente punto 1. Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Iscritto 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.

17. LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni non sono dovute se dipendenti da:

- ✓ cure e/o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, in particolare artroprosi e sostituzione di impianti protesici. In caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
- ✓ cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- ✓ protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- ✓ prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- ✓ ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- ✓ ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni

fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

- ✓ interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- ✓ trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- ✓ infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- ✓ infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- ✓ conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- ✓ conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

18. CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici. I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

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

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

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

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

19. GARANZIE ASSICURATIVE

Il presente piano sanitario usufruisce di garanzie assicurative essendo stata stipulata una Convenzione Assicurativa con **SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE** idonea a rendere certe le garanzie di assistenza di cui alla presente Appendice.

In caso di controversie giudiziarie tale Convenzione Assicurativa sarà messa a disposizione del Socio/Assistito per far valere i propri diritti contro la Compagnia di Assicurazione che ha assunto in gestione il SETTORE DI INTERVENTO stesso, con la diretta assunzione di tutte le obbligazioni ivi presenti.

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

Note esplicative

Art. 1910³: (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).»

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

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

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

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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

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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

COMIPA
Consorzio tra Mutue Italiane
di Previdenza e Assistenza

Tel. 06.4440010
Fax. 06.49386357

Sezione del Fondo Mutuasalus a cui rivolgersi:

