

Società Generale di Mutuo Soccorso



REGOLAMENTO DEL SUSSIDIO

ALTARF 2

Sezione 1: Introduzione

Il presente Regolamento individua le prestazioni previste in favore del socio.

Il Regolamento è redatto con l'intento di fornire ai soci uno strumento di consultazione rapido e una guida all'utilizzo del Sussidio. Vuole inoltre aiutare il socio e gli aventi diritto, all'utilizzo delle garanzie guidandolo al momento della prima denuncia di un evento fino all'erogazione del sussidio. I dati riportati nel presente regolamento rappresentano i punti salienti delle forme di assistenza e costituiscono elemento vincolante, al fine della garanzia, eventualmente integrata dal testo di Convenzione separatamente sottoscritto. Il nostro obiettivo è di fornirle un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della sua collaborazione. All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il sussidio sottoscritto.

La Società Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus eroga la presente prestazione sanitaria sulla base di una o più convenzioni stipulate con primarie Compagnie di Assicurazione.

Per ulteriori informazioni ed eventuali chiarimenti, i Soci possono rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti di Aglea Salus:

Mail: backoffice@agleasalus.it

Numero Verde: 800.58.77.99

Da Telefono Cellulare: 0774.640212

Fax: 06.89184300

Sezione 2: Norme generali che regolano il Programma di Assistenza Sanitaria

Art. 1 - Persone Associate/Assistite

Le prestazioni disciplinate dal presente regolamento sono prestate in favore dell'Associato/Assistito indicato nell'apposito modulo di adesione e sottoscrizione del sussidio. Se il sussidio è stato sottoscritto in convenzione con una persona giuridica gli Associati/Assistiti saranno coloro che compariranno nell'apposito elenco inviato alla Aglea Salus dall'Ente Associato.

Art. 2 - Nucleo Familiare

Il Sussidio è valido per l'Associato nominativamente indicato nel modulo di adesione e, nei casi in cui ciò sia stato

espressamente previsto in fase di adesione al Sussidio, per i suoi familiari identificati al momento della sottoscrizione, per le garanzie che prevedano benefici per gli stessi. Indicando i nominativi dei propri familiari, l'Associato autocertifica il rispetto dei requisiti degli stessi per beneficiare degli eventuali Sussidi/Servizi. E' altresì necessario comunicare tempestivamente alla Aglea Salus eventuali modificazioni del nucleo familiare e/o eventuali sopravvenienze in corso di validità del Sussidio. Per nucleo familiare si intendono i coniugi o il convivente more uxorio, compresi i figli fino a 26 anni di età, quest'ultimi anche se non residenti. Viene altresì considerato nucleo familiare, ai sensi del presente regolamento, l'unione civile di due persone maggiorenni e capaci, anche dello stesso sesso, unite da reciproci vincoli affettivi che convivono stabilmente e si prestano assistenza e solidarietà materiale e morale, non legate da vincoli di matrimonio, parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno. L'esercizio dei diritti e delle facoltà previsti dal presente regolamento presuppongono l'attualità della convivenza.

Art. 3 Validità del Sussidio in Convenzione

Qualora il presente Sussidio ed il relativo contributo aggiuntivo operino in regime di Convenzione, la validità di quest'ultima costituisce conditio sine qua non della validità del Sussidio stesso.

Pertanto la cessazione, per qualsiasi ragione, della Convenzione sottostante, determinerà automaticamente la cessazione del presente sussidio alla sua prima scadenza annuale.

Art. 4 - Pagamento del contributo e decorrenza del Sussidio

Le coperture previste dal sussidio hanno effetto dalle ore 24:00 del giorno di iscrizione al libro dei soci della Aglea Salus, se il contributo aggiuntivo o la prima rata di contributo aggiuntivo sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento, se successivo a tale data. Se l'Associato non paga la prima rata di contributo o le rate successive, la prestazione prevista dal sussidio resta sospesa dalle ore 24:00 dello stesso giorno e riprende

vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze.

Art. 5 – Comunicazioni, modifiche, aggravamento del rischio

Le eventuali comunicazioni inerenti il rapporto tra le parti devono avvenire in forma scritta.

L'Associato deve dare immediatamente comunicazione scritta di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso.

Gli aggravamenti dei rischi non noti alla Aglea Salus possono comportare la perdita parziale o totale del diritto al pagamento della somma dovuta in caso di evento indennizzabile.

Art. 6 - Persone non garantite

I. Non possono essere garantite dal Sussidio le persone affette da dipendenza di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero positività da H.I.V., nonché le persone affette dalle seguenti infermità: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidei, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali, salvo i casi espressamente derogati dal presente Sussidio. L'insorgenza di tali affezioni non permette il rinnovo del medesimo sussidio nella annualità successiva.

II. Inoltre non possono sottoscrivere il Sussidio le persone che, alla data di inserimento in garanzia, abbiano superato il 60° (sessantesimo) anno di età. In ogni caso il Sussidio decade al compimento del 75 anno di età. Il limite di età entro cui si è garantiti dalle prestazioni di assistenza può variare in base a quanto espressamente previsto all'interno di ogni singola garanzia.

Art. 7 – Massimali

Tutti i massimali nonché i sublimiti menzionati nel presente regolamento sono da intendersi per Assistito e per anno di validità del Sussidio, per famiglia in caso di sottoscrizione del Sussidio in Formula Nucleo, salvo casi specifici dove viene espresso diversamente nelle singole garanzie.

Art. 8 - Foro Competente

Foro esclusivamente competente è quello di Roma.

Art.9 - Rinvio alle norme

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative italiane, lo Statuto della Aglea Salus ed il Regolamento Applicativo dello Statuto in vigore.

Art. 10 – Termini di Aspettativa (Carenze)

Fermo quanto previsto all'Art. 4 delle Norme Generali, disciplinante il giorno di effetto del Sussidio, le garanzie decorrono:

- per gli infortuni e l'aborto post-traumatico, dalle ore 24 del giorno di effetto del Sussidio;
- per le malattie improvvise insorte dopo il 30° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio;
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Associato ma insorti anteriormente alla data di effetto del sussidio dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto il Sussidio;
- per il parto dal 300° giorno successivo a quello di effetto del Sussidio

Sezione 3: Norme generali che regolano il sussidio

Art. 11 – Esclusioni

Sono escluse dalla copertura prevista dal sussidio e da ogni rimborso e/o pagamento:

- le prestazioni non corredate da diagnosi.
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo nonché i vaccini.
- la cura delle malattie professionali, così come definite dal D.lgs. N. 38 del 2000 e successive modifiche e/o integrazioni.
- suicidio e tentato suicidio.
- conseguenze dirette e/o recidive di infortuni, difetti fisici, malformazioni, stati patologici e malattie, già manifestate, diagnosticate, curate e comunque note all' Associato alla sottoscrizione del Sussidio (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice. Altresì in caso di sostituzione di prestazioni precedentemente ricomprese nella garanzia sono escluse per le persone e le garanzie introdotte nonché per la parte di somme associate eccedenti quelle già in corso).

-infortuni o malattie derivanti da dolo dell'Associato.

-infortuni o malattie dovute a mancato ricorso internazionale a cure mediche.

-le malattie e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, nonché la psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o paranoide, anoressia, bulimia, ecc.

-le prestazioni sanitarie e le cure aventi finalità estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio indennizzabile, purché effettuate nel 360 giorni successivi all'intervento e comunque durante la validità del sussidio;

-le prestazioni e le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale, quali quelle omeopatiche, fitoterapiche, agopuntura, nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale;

-le prestazioni per cure dietetiche e termali, salvo espressamente derogato;

-le prestazioni sanitarie e le cure per infertilità, sterilità, fecondazione assistita e simili, impotenza, salvo espressamente derogato;

-l'aborto volontario non terapeutico;

-day hospital e ricoveri con finalità diagnostica e di check-up;

-le prestazioni sanitarie e le cure odontoiatriche ed ortodontiche, a meno che non siano rese necessarie da infortuni verificatisi successivamente alla stipulazione dell'accordo, salvo che espressamente previste nel presente regolamento (oltre che nella relativa scheda tecnica) e con esclusione in ogni caso di protesi dentarie;

-gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'Associato. Sono compresi nella garanzia quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Associato stesso;

-gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico; infortuni causati dallo stato di ebbrezza o di ubriachezza;

-le malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicotrope, assunte non a scopo terapeutico;

-gli infortuni conseguenti alla pratica di:

- Sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti) o comunque remunerato in modo diretto e/o indiretto.
- Sport aerei in genere (tra cui il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio).
- Sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;
- Immersioni subacquee con autorespiratore (qualora l'Associato non sia in possesso di idoneo brevetto di attività subacquea), equitazione, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, speleologia, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing) pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungeejumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani dei fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, kite surfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista.

-gli infortuni subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;

-gli infortuni occorsi durante la guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'Associato;

-gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'Associato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Associato che guidi con patente scaduta e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento dell'evento, dei requisiti per il rinnovo;

-gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;

-gli infortuni subiti sul lavoro in miniera, in cava (anche a cielo aperto), in lavori subacquei o in mare aperto, alla guida di mezzi di locomozione aerei;

-le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;

- le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni;
- la garanzia vale invece per gli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata e non, e di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se e in quanto l'Associato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato diverso dalla Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano, sino ad allora in pace;
- le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, salvo che l'Associato sia rimasto vittima di tali eventi all'estero;
- infortuni o malattie che si siano verificate durante la detenzione dell'Associato in prigione;
- le spese sostenute per ricovero presso strutture non autorizzate.

Ricoveri causati dalla necessità dell'associato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri di lunga degenza. In tal senso si intendono ricoveri di lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Associato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituti di cura per interventi di carattere assistenziale e fisioterapico di mantenimento.

Art. 12 - Rinuncia all'azione di surroga

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Aglea Salus rinuncia al diritto di surroga verso i terzi responsabili.

Art. 13 - Sottoscrizione di più Sussidi

Qualora l'Assistito sia beneficiario di più Sussidi che prevedano, in tutto o in parte, le medesime garanzie, la Aglea Salus provvede al rimborso/indennizzo di spese e/o indennità, del maggior importo dovuto dalla Aglea Salus per uno solo dei Sussidi sottoscritti per la specifica garanzia.

Art. 14- Limiti territoriali

Le garanzie del Sussidio, nei limiti stabiliti dal presente regolamento, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. In ogni caso, i rimborsi e gli indennizzi spettanti saranno erogati in valuta avente corso legale in Italia.

Art. 15- Durata del Sussidio e tacito rinnovo

Il Sussidio sottoscritto ha durata di un anno, a decorrere dal giorno di cui al precedente art. 4. In mancanza di comunicazione di disdetta, ricevuta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, la garanzia sarà automaticamente rinnovata per un altro anno e così successivamente, a fronte del relativo pagamento del contributo associativo.

Art 16 Dichiarazione di buono stato di salute per sè per i propri familiari

Con la sottoscrizione della domanda di adesione alla Aglea Salus e del Sussidio scelto, l'interessato accetta tutte le norme e le esclusioni disciplinate all'interno del presente regolamento e dichiara per se e per i familiari:

- di essere in buono stato di salute ovvero di non essere affetto da lesioni gravi o malattie che necessitino di trattamento medico regolare e continuato;
- di non aver mai sofferto di alcuna delle seguenti malattie gravi: neoplasie maligne, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche, malattie dell'apparato genitourinario, malattie dell'apparato riproduttivo, malattie dell'apparato uditivo, malattie della vista, malattie del sistema endocrino, sieropositività per HIV, connettiviti sistemiche e vasculiti gravi su base immunologia, malattie genetiche, obesità;
- di non essere mai stato ricoverato in case di cura ed ospedali per le suddette

Sezione 4: Garanzie Ospedaliere

4.1 - Ricoveri con o senza intervento chirurgico (compreso Day Hospital e DaySurgery)

In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risultino compresi nei termini del Sussidio sottoscritto, si provvede a rimborsare le spese inerenti la malattia e/o infortunio sostenute **durante il ricovero per:**

- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche **nei 90 giorni precedenti il ricovero**
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- medicinali ed esami;
- assistenza medica e infermieristica;
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- trattamenti fisioterapeutici e rieducativi.

Si provvede inoltre al rimborso delle spese sostenute **nei 90 giorni successivi al ricovero** per:

- esami diagnostici e visite specialistiche;
- prestazioni mediche;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- medicinali (con prescrizione medica);
- cure termali (escluse spese alberghiere).

- **Nessuna quota di spesa a carico dell'Associato verrà applicata nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, fossero effettuate nell'ambito dei Centri Convenzionati con la Centrale Salute.**
- **Nei casi in cui le prestazioni suddette siano effettuate in Centri non convenzionati con la Centrale Salute, resta a carico dell'associato la quota del 20%, con un minimo di € 1.000,00 per evento.**
- **Qualora le prestazioni per ricoveri fossero rese in Centri Convenzionati, ma da medici non Convenzionati, per questi ultimi si applicheranno le quote di spesa sopra indicate per i Centri non Convenzionati.**

4.2 – Massimale annuo di rimborsi erogabili

Il massimale annuo erogabile di sussidi per il complesso degli eventi indicati nel presente regolamento è pari alla somma complessiva di € 75.000,00 per persona se è compreso il solo associato titolare (Formula single) o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la Formula Nucleo.

4.3 - Altri interventi chirurgici compresi

Fermo restando il disposto dell'art. 11, la Aglea Salus provvede al rimborso delle spese per le prestazioni di seguito indicate, senza applicazione di quote di spesa a carico dell'Associato ed entro i sottolimiti, sia che siano effettuate in strutture sanitarie convenzionate con la Centrale Salute che non convenzionate:

a) Parto naturale

In caso di parto naturale, che risulti rimborsabile in base ai termini del presente Regolamento, si provvede al rimborso entro il limite di € 2.000,00 delle seguenti spese inerenti il parto:

- onorari del chirurgo, dell'assistente, dell'anestesia e di ogni altro soggetto partecipante, attivo e necessario, all'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, medicinali ed esami relativamente al periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- esami clinici e strumentale ritenuti necessari dai medici per il neonato, nel periodo di permanenza nell'istituto di cura, successivamente al parto.

b) Parto Cesareo e aborto terapeutico

Ricoveri o Interventi in regime di Day Hospital, fino ad un massimo complessivo per annualità di € 4.000,00.

c) **Interventi ambulatoriali** qualsiasi altro intervento (laser, crioterapia, etc.) effettuato al di fuori di un istituto di cura, da personale medico, fino ad un limite di € 1.000,00 per annualità.

d) **Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser ad eccimeri** limitatamente a quelli effettuati:

- in caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
- in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio limite di € 1.000,00 per occhio;

4.4 – Degenza sostitutiva

L'Associato nel caso in cui debba essere ricoverato in strutture del Servizio Sanitario Nazionale in conseguenza di malattia, infortunio o parto, rimborsabili secondo il presente Regolamento, può chiedere in sostituzione integrale del rimborso delle spese previste il pagamento di una somma giornaliera di € 50,00 per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 90 giorni per annualità.

Il rimborso dovuto nei termini di quanto sopra, spetta a partire dal giorno stesso del ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione.

4.5 - Spese extraospedaliere di alta diagnostica

I. Si provvede al rimborso delle spese per le seguenti prestazioni extra - ospedaliere:

- Amniocentesi
- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Artografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Chemioterapia
- Cistografia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Diagnostica radiologica
- Dialisi
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Ecografia
- EGDS (esofagoscopia + gastroscopia + duodenoscopia)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Flebografia
- Gastroscopia
- Laser terapia (limitatamente alla finalità fisioterapica è previsto un limite di 26 sedute anno nucleo)
- Mammografia

- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare RMN
- Scintigrafia
- Telecuore
- Tomografia Ass.le Completa TAC
- Urografia

II. La Aglea Salus, entro il sublimite annuo di seguito indicato, in caso di malattia o di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Regolamento, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso delle spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati dall'Associato, con applicazione per un massimo di € 2.000,00 per anno, con applicazione di una quota a carico dell'associato pari al 20%, con un minimo non rimborsabile di € 50,00.

III. Sono escluse dalle spese rimborsabili previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

IV. Qualora l'Associato desiderasse usufruire delle prestazioni su indicate di un Centro Convenzionato, potrà richiedere la prenotazione della prestazione alla Centrale Salute.

4.6 Visite ed accertamenti

La Aglea Salus, entro il sottolimito annuo di seguito indicato, in caso di malattia o di infortunio, anche in assenza di ricovero od intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica, provvede al rimborso delle spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici effettuati dall'Associato, per un massimo di € 1.000,00 per anno, con applicazione di una quota a carico dell'associato pari al 20%, con un minimo non rimborsabile di € 50,00. Sono escluse dalle spese rimborsabili previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

4.6.1 – Ticket S.S.N.

Le prestazioni di cui ai punti 4.5 e 4.6, vengono rimborsate al 100% senza nessuna quota a carico dell'associato, entro il limite massimo di € 250,00 per anno e per nucleo.

4.7 – Altre Garanzie

• Long Term Care

Il Sussidio relativo alle cure denominate "Long Term Care" si attiva in relazione all'insorgenza di eventi imprevisti ed invalidanti dell'Associato contraente, derivanti sia da infortunio che da malattia, tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Associato non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana. È considerata non autosufficiente la persona che venga a trovarsi nell'impossibilità fisica totale permanente, clinicamente accertata, di poter compiere almeno 4 delle 6 delle seguenti attività:

- **Lavarsi:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo.

Ciò implica che l'Associato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni;

- **Vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti.

Ciò implica che l'Associato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; a capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante.

- **Nutrirsi:** Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi;

Ciò implica che l'Associato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo.

- **Mobilità:** Capacità di muoversi all'interno della casa su superfici piane.

Ciò implica che l'Associato è in grado di muoversi eventualmente con l'aiuto di una stampella, una sedia a rotelle, ecc.;

- **Continenza:** Capacità di controllare le funzioni corporali cioè espletarle mantenendo un sufficiente livello di igiene, senza l'aiuto di una terza persona.

Ciò significa che l'Associato è in grado di gestire i

suoi bisogni in maniera autonoma; questa definizione però non comprende la continenza urinaria totale (una leggera incontinenza urinaria è comune nelle persone anziane);

- **Spostarsi:** Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.

Un comitato medico incaricato dalla Aglea Salus valuterà lo stato dell'Assistito in base alla richiesta dello stesso, corredata di tutta la documentazione necessaria:

- modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla sezione personale del sito di Aglea Salus o richiedibile alla Centrale Salute);

- diagnosi e/o patologiacertificato del medico curante attestante l'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi (scaricabile dalla sezione personale del sito della Aglea Salus o richiedibile alla Centrale Salute) compilata dal medico curante oltre a:

- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;

- documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici) utile alla valutazione del quadro clinico

- ogni altro documento che fosse necessario per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

L'Associato deve fornire tutte le informazioni relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese, dando modo al comitato medico della Aglea Salus, di esaminare e valutare tempestivamente la documentazione ricevuta. L'accertamento con esito positivo dà diritto, a decorrere dalla data della richiesta derivante dallo stato di non autosufficienza, al rimborso in un'unica soluzione, in deroga all'art. 7 (Massimali) del presente regolamento, per l'importo spettante al beneficiario, di tutte le spese sanitarie e assistenziali sostenute e da sostenere, strettamente collegate allo stato di non autosufficienza, fino a un massimo di euro 20.000,00. L'associato potrà beneficiare della presente garanzia fino a tutto il 70° anno di età. Pertanto, la Aglea Salus avrà diritto di richiedere accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di non autosufficienza e qualora l'accertamento evidenziasse il recupero della autosufficienza, comunicherà all'assistito la sospensione ovvero la revoca definitiva delle prestazioni, con diritto al rimborso delle

eventuali somme percepite dopo la data del recupero dell'autosufficienza. In caso di rifiuto da parte del beneficiario di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, l'erogazione delle prestazioni è revocata dalla data della richiesta avanzata. Inoltre la Aglea Salus ha facoltà di richiedere certificazione di esistenza in vita del beneficiario.

- **Consulenza medica telefonica H24**

Qualora l'Associato necessiti di valutare il proprio stato di salute, potrà contattare 24h24 i medici della Centrale Salute al numero 800.035.666 e chiedere un consulto telefonico. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

- **Invio di un medico in Italia**

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Associato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Salute organizzerà il trasferimento dell'Associato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno.

- **Ambulanza per trasporto in ospedale in Italia, eccetto trasporto primario di urgenza**

Qualora l'Associato a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in ambulanza per un ricovero, dal luogo in cui si trova in Italia fino ad un centro ospedaliero più vicino, la Centrale Salute provvederà, su richiesta dell'Associato, ad inviare l'ambulanza tenendo i costi a suo carico del percorso complessivo (andata/ritorno), per un massimo di 3 volte per anno.

- **Invio medicinali all'estero**

Qualora l'Associato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Centrale

Salute provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali. La Centrale Salute terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Associato. In alternativa la Centrale Salute potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

- **Ricerca infermiere in Italia**

Qualora a seguito di infortunio e/o malattia, l'Associato, necessiti di essere assistito da personale specializzato (infermieristico o assistenziale), la Centrale Salute provvederà alla loro ricerca. La disponibilità del personale specializzato è garantita 24h24 ed i relativi costi restano a carico dell'Associato.

La prestazione viene fornita con un preavviso di 24 ore.

- **Rientro sanitario dall'estero**

Qualora l'Associato ricoverato presso un centro ospedaliero a seguito di infortunio o malattia, e le sue condizioni siano tali che i medici della Centrale Salute, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Centrale Salute, ritengano necessario un trasferimento in un Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia, allo scopo di assicurare una cura adeguata alle condizioni del paziente, la Centrale Salute definirà le modalità del rientro e provvederà a:

- organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo idoneo:

- aereo sanitario;

- l'aereo di linea (anche barellato);

- l'ambulanza;

- il treno /vagone letto.

Il trasferimento dell'Associato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica). Da tutti gli altri paesi il trasferimento avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato;

- assistere il paziente, se necessario, durante il rientro con personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Centrale

Salute fino ad un massimo di € 10.000,00 (Iva Inclusa) per evento.

Non danno luogo al trasferimento:

le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie; gli infortuni e le malattie che non impediscano all'Associato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e che possano essere curate sul posto.

- **Monitoraggio del ricovero ospedaliero**

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Associato, i medici della Centrale Salute stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa.

- **Assistenza ai familiari associati**

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Rientro Sanitario dell'Associato e qualora gli altri Associati intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Centrale Salute terrà a proprio carico le spese di rientro all'abitazione o di pernottamento in loco e prima colazione per gli Associati, per una durata massima di due notti e fino ad un importo massimo di € 210,00 (Iva Inclusa) per evento.

- **Assistenza ai minori di anni 14**

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Trasferimento Sanitario dell'Associato, la Centrale Salute incaricherà una persona di fiducia per assistere i minori di 14 anni rimasti soli durante il soggiorno o durante il rientro all'abitazione, per un massimo di 15 giorni e per un massimo di 2 ore al giorno.

- **Viaggio di un familiare**

In caso di ricovero ospedaliero dell'Associato a seguito di infortunio o malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Centrale Salute provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le

spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

Sezione 5: Servizi della Centrale Salute

5.1 - Invio di un medico al domicilio

Qualora l'Assistito necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Centrale Salute provvede, all'invio di un medico accertata la necessità.

In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Salute organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assistito con ambulanza ad un pronto soccorso. Validità territoriale: Italia.

5.2 - Gestione appuntamento - presa in carico - info strutture - servizi sanitari

Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, l'assistito o chi per esso potrà prendere contatto con la Centrale Salute per comunicare il tipo di assistenza richiesto.

Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Salute provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assistito. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Salute, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto alle condizioni in vigore. La banca dati della rete di strutture sanitarie in rapporto di convenzione con la Centrale Salute, in tutta Italia e all'estero, è a disposizione dal Lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00 per ogni informazione in merito a singole strutture convenzionate e loro ubicazione, prestazioni specialistiche, esami diagnostici, ricoveri ed onorari.

Sezione 6: Modalità di erogazione delle Prestazioni

6.1 Centrale Salute

Per tutto il corso di validità del Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute di Aglea Salus che è incaricata di:

operare come Centrale Salute attraverso il **Numero Verde dedicato 800.035.666**, attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18,00 con orario continuato per:

- Prenotazione visite mediche/specialistiche nei centri convenzionati.
- Consulenza medica telefonica;
- Invio medico a seguito di consulenza medica telefonica;
- Consegna medicinali a domicilio in Italia;
- Informazioni generiche sulle prestazioni del Sussidio;
- Informazioni per accedere alle strutture convenzionate;
- Informazioni in merito alle corrette modalità di richiesta di rimborso delle spese sostenute;
- Informazioni sullo stato delle pratiche pratiche di rimborso dirette

Sarà possibile quindi contattare e/o scrivere alla Centrale Salute per ricevere i servizi/prestazioni del presente Sussidio ai seguenti recapiti:

Numero Verde Nazionale: 800.035.666

Numero dall'Estero: +39.0774.640212

Fax: +39.06.89184300

E-mail: assistenza@agleasalus.it

Indirizzo: Via Maremmana 1, 00017, Aquaviva di Nerola, Nerola (RM)

6.1.2 Modalità erogazione prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Sussidio possono essere erogate in tre modalità differenti:

- 1) **Accesso alle prestazioni in forma diretta**
- 2) **Accesso alle prestazioni in forma indiretta**
- 3) **Accesso alle prestazioni in forma mista**

1) **Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma diretta**

E' riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario consultabile tramite il sito www.agleasalus.it senza necessità di anticipare alcun importo, ad eccezione di quanto previsto nel presente regolamento. Tale procedura è prevista nel caso in cui sia la Struttura sanitaria che il medico scelto siano convenzionati con il nostro

Network sanitario. La procedura di richiesta in forma diretta deve essere attivata almeno 3 giorni lavorativi prima delle cure previste, previa prenotazione presso la Centrale Operativa da parte dell'Assistito, il quale dovrà inviare l'apposito Modulo di Pagamento Diretto, debitamente compilato in ogni sua parte, e disponibile sul sito www.agleasalus.it. Dovrà inoltre allegare copia dell'impegnativa medica indicante la diagnosi, secondo le modalità riportate sul Modulo stesso. La conferma della autorizzazione a procedere con la prestazione in forma diretta verrà inviata dalla Centrale Salute all'Assistito mediante sms o e-mail. La procedura in forma diretta può essere attivata anche con Procedura On-line, compilando direttamente sul sito www.agleasalus.it l'apposito format messo a disposizione ed allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi. Nel caso di prestazioni rese in forma diretta, l'Assistito delega la Centrale Salute a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dal Sussidio. Le prestazioni non sanitarie e comunque quelle non garantite dalla garanzia nonché le eventuali quote di spesa a carico dell'Assistito saranno invece direttamente pagate da quest'ultimo al centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica convenzionata sulla base delle relative fatture. L'Assistito deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra. Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'Assistito deve inoltre restituire alla Aglea Salus gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie, che dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili.

2) **Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma indiretta**

Gli Assistiti potranno richiedere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute presso Strutture Non Convenzionate con la Centrale Salute, nei limiti e secondo le condizioni previste nel Sussidio di riferimento. La procedura di richiesta di rimborso in forma indiretta deve

essere attivata entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità, inviando il modulo di Rimborso Spese Mediche debitamente compilato (e disponibile sul sito www.agleasalus.it) e allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi, copia delle fatture e dei relativi referti, secondo le modalità riportate sul modulo stesso.

Anche la richiesta in forma indiretta potrà essere presentata mediante compilazione del Modulo On-line sul sito www.agleasalus.it allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi, copia delle fatture e dei relativi referti. Qualora necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l'integrazione della documentazione atta a verificare correttamente la rimborsabilità/erogazione del contributo economico. Tutta la documentazione suddetta potrà essere inviata in copia e la Centrale Salute potrà, qualora ritenuto opportuno, richiedere l'invio della documentazione in originale. Le fatture e le ricevute inviate in originale verranno restituite all'Assistito successivamente alla definizione della pratica, previa apposizione da parte della Centrale Salute, del timbro di pagamento indicante l'importo rimborsato e la relativa data. In caso di infortunio, la denuncia dell'evento deve essere corredata da cartella clinica di pronto soccorso o certificato equivalente di struttura pubblica e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

3) Prestazioni rese in forma mista

Tale caso è configurabile nel momento in cui la Struttura Sanitaria è convenzionata con la Centrale Salute, ma l'equipe medica no; La Centrale Operativa procederà con il così detto "pagamento misto", ossia verranno applicate i criteri e le modalità previste al precedente punto 1) per le prestazioni rese in forma diretta, e le modalità previste al precedente punto 2) per le prestazioni rese in forma indiretta.

6.2 Documentazione da inviare per le richieste di rimborso

Ai moduli di richiesta va sempre allegata la seguente documentazione:

- Certificato medico attestante l'esistenza della patologia (Malattia);
- Copia del verbale di prontoso soccorso o altro presidio ospedaliero attestante l'infornio occorso;
- Copia della cartella clinica e/o di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'iscritto.
- Copia delle fatture relative alle spese sostenute, debitamente quietanzate nonché, per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-ricovero, prescrizione medica, scontrino parlante

GARANZIE OSPEDALIERE		ALTARF 2 (massimale per anno e nucleo)
Ricovero con intervento/Day Hospital/Ricovero senza intervento Sono compresi gli accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche nei <u>90 giorni precedenti</u> il ricovero: prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento, medicinali ed esami, assistenza medica e infermieristica, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento, trattamenti fisioterapeutici e rieducativi. Si provvede inoltre al rimborso delle spese sostenute nei <u>90 giorni successivi</u> al ricovero per: esami diagnostici e visite specialistiche, prestazioni mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali (con prescrizione medica), cure termali (escluse spese alberghiere).		€ 75.000,00 Condizioni in Network: senza franchigia e scoperti Condizioni fuori Network: scoperto: 20% franchigia: € 1.000,00 min € 50,00 al giorno per max 90 gg
Pubblico / Degenza sostitutiva		
Sublimiti:	Parto naturale	€ 2.000,00
	Parto cesareo/aborto	€ 4.000,00
	Laser ad eccimeri	€ 1.000,00 per occhio
	Interventi ambulatoriali	€ 1.000,00
GARANZIE EXTRA OSPEDALIERE		
Alta diagnostica Angiografia; Flebografia; Scintigrafia; Risonanza Magnetica Nucleare RMN; Artografia; Broncografia; Mammografia; Mielografia; Urografia; Tomografia Ass.le Completa TAC; Arteriografia digitale; Broncoscopia; ecc. (Vedi Regolamento Sussidio)		€ 2.000,00max, 20% scoperto, € 50,00 min.
Visite ed accertamenti: Si provvede al rimborso delle spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici, in caso di malattia o di infortunio, anche in assenza di ricovero o intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica.		€ 1.000,00max, 20% scoperto, € 50,00 min.
Ticket:		€ 250,00
GARANZIE AGGIUNTIVE		
Assistenza Long Term Care		€ 20.000,00
ASSISTENZA H24		
<i>Consulenza medica telefonica</i>		
<i>Invio di un medico in Italia</i>		
<i>Ambulanza per trasporto in Italia, eccetto trasporto primario d'urgenza</i>		
<i>Invio medicinali all'estero</i>		
<i>Ricerca infermiere in Italia</i>		
<i>Rientro sanitario</i>		
<i>Monitoraggio del ricovero ospedaliero</i>		
<i>Assistenza dei familiari associati</i>		
<i>Assistenza ai minori di anni 14</i>		
<i>Viaggio di un familiare</i>		
CONTRIBUTI		
Contributo Annuo – Single		€ 740,00
Contributo Annuo – Nucleo		€ 1.040,00