

PROTEZIONE TUTTO COMPRESO

Il presente Regolamento entra in vigore dal 1° gennaio 2019.

La Protezione Tutto Compreso prevede il rimborso per le spese sostenute per ricovero, diagnostica e specialistica ambulatoriale, fisiokinesi terapia, presidi sanitari, protesi, odontoiatria e servizi da Centrale telefonica Operativa 24 ore su 24.

Iscrizioni

1. L'iscrizione a questa forma di assistenza è consentita fino al compimento del 63° anno d'età. È obbligatoria l'iscrizione di tutto il nucleo familiare, salvo eventuali componenti che al momento dell'iscrizione abbiano già compiuto i 63 anni ovvero di persone già coperte da altra forma di assistenza sanitaria. Quest'ultima condizione dovrà essere adeguatamente certificata.

Decorrenza

2. Le prestazioni decorreranno con le seguenti carenze: in caso di infortunio certificato dal Pronto Soccorso dalle ore 24 del giorno di iscrizione; in caso di malattia dopo 30 giorni per i ricoveri e dopo 60 giorni per la specialistica e diagnostica; dopo 300 giorni in caso di gravidanza (sia per quanto riguarda i ricoveri che per analisi e visite connesse alla gravidanza).

3. Le iscrizioni decorrono dal primo giorno del mese successivo a quello in cui vengono richieste.

4. Per i neonati, facenti parte di nuclei familiari già aderenti a Insieme Salute, il diritto all'assistenza coincide con il giorno di iscrizione, purché l'adesione avvenga entro trenta giorni dalla nascita. Per essi è garantita l'assistenza anche per le malattie congenite, salvo il caso in cui le stesse fossero conosciute al momento dell'adesione del nucleo familiare.

5. Tutte le garanzie sono valide per prestazioni sanitarie eseguite sia in Italia che all'estero.

Rimborsi

6. I rimborsi e le indennità previste vanno richiesti a Insieme Salute tramite e-mail (rimborsi@insiemesalute.org), posta o fax (salvo le prestazioni rientranti nel capitolo "Centrale operativa" che vanno richieste a Pronto Assistenza Servizi spa come di seguito specificato). Le liquidazioni avverranno di norma con bonifico bancario sul c/c dell'associato.

7. I rimborsi di Insieme Salute sono integrativi di eventuali rimborsi dovuti dalle ASL o da altri enti mutualistici o da compagnie di assicurazione per i quali i soci devono fare regolare richiesta.

Documentazione

8. Insieme Salute si riserva la facoltà di richiedere ogni documentazione clinica utile per procedere al rimborso a norma del presente regolamento.

Prescrizione

9. Il diritto a richiedere i rimborsi si prescrive decorsi 90 giorni dalla data in cui sono state effettuate le prestazioni.

Tesserino

10. Soltanto presentando il tesserino, non scaduto, fornito da Insieme Salute, il socio potrà ottenere dalle strutture convenzionate le condizioni di miglior favore concordate in convenzione o accedere alle prestazioni sanitarie in forma diretta. Il tesserino è un documento personale che non può essere ceduto e che va esibito unitamente ad un documento di riconoscimento.

Prestazioni

11. RICOVERI

11.1. Ricoveri in cliniche convenzionate

Rimborso completo delle spese relative al ricovero (degenza, sala operatoria, medici convenzionati, esami, farmaci, ecc.). Sono esclusi gli extra in genere (telefono, bar, pasti e pernottamento degli ospiti salvo che quest'ultima voce non sia esplicitamente compresa nella convenzione con la clinica). In alcuni istituti, appositamente segnalati nell'elenco delle strutture convenzionate, è prevista una franchigia a carico del socio.

Eventuali voci non comprese nella convenzione, nonché le parcelle di medici non convenzionati sono rimborsate secondo il tariffario di Insieme Salute.

11.2. Ricoveri in cliniche non convenzionate e camere a pagamento di ospedali pubblici

Rimborso secondo gli importi previsti dal tariffario di Insieme Salute. Sono esclusi gli extra in genere.

11.3. Ricoveri in ospedali pubblici e accreditati

(corsia comune e ogni altro ricovero gratuito)

- diaria giornaliera in ospedali in Italia 26 euro
- diaria giornaliera in ospedali all'estero 52 euro
- diaria giornaliera in ospedali all'estero per alta chirurgia 104 euro

11.4. Ricoveri all'estero

Oltre a quanto previsto ai punti precedenti il socio ricoverato all'estero per interventi di alta chirurgia compresi nell'elenco approvato dal Consiglio di

Amministrazione, ha diritto ad un rimborso forfetario di spese pari a 150 euro giornalieri per i primi dieci giorni di ricovero.

11.5. Trattamenti riabilitativi e cure termali

I trattamenti riabilitativi e le cure termali usufruite entro sei mesi dal termine del ricovero ospedaliero e prescritte al momento delle dimissioni come completamento delle cure eseguite durante la degenza, sono rimborsabili nella misura massima di 500 euro all'anno.

11.6. Parto a domicilio

Il parto a domicilio è rimborsabile nella misura del 50% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 1.000 euro.

Norme per ottenere le prestazioni e limitazioni

11.7. Comunicazione di ricovero

a) Ricoveri a carico SSN

Per tutti i ricoveri a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale non deve essere data alcuna comunicazione preventiva a Insieme Salute.

b) Ricoveri a pagamento

Ogni ricovero in struttura sanitaria a pagamento deve essere comunicato preventivamente ad Insieme Salute inviando la proposta di ricovero redatta dal medico curante o dallo specialista, con le motivazioni del ricovero, i dati clinici e le notizie anamnestiche di rilievo. È inoltre richiesta la documentazione relativa ai ricoveri precedenti, agli esami e alle terapie precedentemente eseguite.

L'autorizzazione viene concessa per le motivazioni indicate nella richiesta del medico curante e con l'indicazione del numero dei giorni previsti di degenza. L'autorizzazione non esclude il successivo accertamento dell'ammissibilità del ricovero ai sensi dell'art. 8 del Regolamento sociale.

In caso di ricovero con assistenza diretta, il prolungamento della degenza oltre il periodo indicato nell'autorizzazione, e la prestazione di cure ulteriori o diverse da quelle autorizzate, necessitano di una specifica autorizzazione scritta della Mutua.

11.8. Ricoveri urgenti

Il ricovero d'urgenza in strutture a pagamento (senza preventiva comunicazione) è giustificato dalla comparsa di un quadro clinico acuto che, per la sua entità o il possibile insorgere di gravi e imminenti complicazioni, renda inadeguata l'assistenza a domicilio.

Il ricovero d'urgenza deve essere notificato al Insieme Salute entro tre giorni dal suo verificarsi.

11.9. Ricoveri in reparti di medicina

Insieme Salute interviene nei casi di ricovero per cure mediche (senza intervento chirurgico) quando il socio sia affetto da forme patologiche che per entità del quadro clinico, incertezza diagnostica o problemi terapeutici, comportino controlli e assistenza medica continuativa non effettuabili a domicilio.

I ricoveri richiesti solo per l'esecuzione di accertamenti diagnostici non sono giustificati. Fanno eccezione le seguenti eventualità:

- presenza di situazione clinica di difficile inquadramento;
- impiego di tecniche di esecuzione o strumentazioni particolari;
- rischio nell'espletamento dell'esame clinico.

11.10. Ricoveri in riabilitazione

I ricoveri per terapie riabilitative sono ammessi nei seguenti casi e nel limite sotto riportato: situazioni successive ad interventi chirurgici sull'apparato locomotore in cui sia impedita la deambulazione o situazioni cliniche che interessano la mobilità e in cui sia determinante la necessità di controlli clinici; situazioni successive ad altri interventi chirurgici solo quando l'intervento riabilitativo richieda una stretta sorveglianza medica o strumentale.

Il ricovero a pagamento è rimborsabile per un massimo di 150 euro giornalieri omnicomprensivi e fino a 15 giorni per ogni caso.

11.11. Day - hospital

Il ricovero in regime di day - hospital, è riconosciuto esclusivamente nei casi di intervento chirurgico o di prestazioni chemioterapiche.

11.12. Documentazione per ricoveri a pagamento e parto a domicilio

Al termine di ogni ricovero a pagamento o parto a domicilio l'associato è tenuto a produrre la seguente documentazione:

- cartella clinica se in lingua non italiana con relativa traduzione completa di anamnesi prossima e remota e diario clinico;
- ogni fattura di spesa e ogni notula medica rimasta effettivamente a carico dell'associato.

11.13. Documentazione per ricoveri Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri completamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, sarà sufficiente il certificato di degenza dell'ospedale con evidenziati la data di ricovero, quella di dimissione, nonché la diagnosi medica circostanziata.

11.14. Documentazione per trattamenti riabilitativi e cure termali

Per ottenere il rimborso delle prestazioni di cui al punto 11.5, il socio dovrà produrre copia delle fatture di spesa o delle ricevute di pagamento dei ticket, accompagnati dalla prescrizione rilasciata dall'ente ospedaliero.

11.15. Rimborsi delle spese di ricovero

Il rimborso delle spese sostenute o di parti di esse avverrà sulla base della documentazione finale che dimostri corrispondenza e congruità con i dati clinici esposti nella proposta di ricovero, con l'eccezione dell'accertamento di una diversa grave patologia o la comparsa di complicazioni.

Il giorno di ingresso e quello delle dimissioni verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

Ogni ricovero in day-hospital è considerato come una giornata.

Il rimborso massimo erogabile è di 150.000 euro per anno e per persona.

11.16. Assistenza di enti pubblici

Qualora il ricorso a strutture a pagamento (private o estere) preveda la possibilità di assistenza economica da parte dell'ente pubblico (si tratta di interventi rari e/o di altissima chirurgia), il socio dovrà richiedere l'apposita autorizzazione di ricovero all'ASL di competenza.

Nel caso in cui l'Ente pubblico rifiutasse l'assistenza, e producendo il rifiuto della ASL, Insieme Salute rimborserà a norma di regolamento. In mancanza di diniego scritto della ASL, dall'importo complessivamente rimborsabile, verrà detratto quanto previsto come contributo pubblico a cui avrebbe avuto diritto l'associato.

11.17. Istituti autorizzati

E' assistibile il ricovero (previsto dal Decreto del Ministero della Salute 18/10/2012 art. 2 commi 1 e 2) in ospedale, clinica, istituto universitario o casa di cura autorizzato dalle competenti autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

11.18. Assistibilità

Il socio è assistibile per un massimo di 90 giorni di degenza per anno associativo.

ESCLUSIONI

Per le esclusioni si rimanda al capitolo 16 (pag. 4)

12. DIAGNOSTICA E SPECIALISTICA AMBULATORIALE

12.1. Assistenza diretta

Tutte le prestazioni ammesse dal Regolamento ed eseguite presso strutture convenzionate per l'assistenza in forma diretta, sono a carico di Insieme Salute con le modalità previste dalle varie convenzioni. Per le visite, l'associato che sceglie personalmente lo specialista, stabilendo un rapporto libero-professionale, salderà la parcella del medico e in seguito potrà richiedere il rimborso (come previsto al successivo punto 12.3).

12.2. Esami di laboratorio e indagini diagnostiche

Se eseguiti in strutture convenzionate con Insieme Salute (non in forma diretta), rimborso dell'80% delle spese effettivamente sostenute e documentate; se eseguiti in strutture non convenzionate rimborso pari all'80% degli importi previsti dal tariffario di Insieme Salute.

12.3. Visite specialistiche private

Rimborso delle visite specialistiche previste dal tariffario di Insieme Salute per un massimo di 100 euro per ogni visita.

12.4. Altre prestazioni ambulatoriali

Per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

comprese nel tariffario di Insieme Salute (piccola chirurgia, medicazioni e prestazioni specialistiche in genere effettuate dal medico) se eseguite in strutture convenzionate in forma indiretta con Insieme Salute, rimborsi dell'80% delle spese effettivamente sostenute e documentate, se eseguite in strutture non convenzionate rimborso dell'80% del tariffario di Insieme Salute.

12.5. Ticket

Rimborso al 100% di ogni ticket pagato alle ASL (o alle strutture private "accreditate") per prestazioni specialistiche ambulatoriali definite nei precedenti punti 12.2, 12.3, 12.4.

Norme per ottenere le prestazioni e limitazioni

Per ottenere il rimborso delle prestazioni l'associato deve presentare a Insieme Salute, la seguente documentazione:

12.6. Prestazioni di strutture private

Fotocopia delle fatture di spesa e dettaglio degli esami eseguiti, prescrizione medica (può essere sia del medico di base che dello specialista) con l'indicazione dettagliata degli esami da eseguire. La prescrizione dovrà inoltre contenere la diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia per cui vengono richiesti gli esami. Non sono ritenute valide come diagnosi diciture del tipo "controllo", "accertamenti", "prevenzione" e simili, se non accompagnate da ulteriore specifica.

12.7. Prestazioni di strutture pubbliche o accreditate dalle regioni

Copia delle ricevute comprovanti il pagamento del ticket, copia della prescrizione medica come sopra precisato.

12.8. Visite specialistiche private

Copia della parcella del medico specialista da cui risulti chiaramente il tipo di visita, la specialità del medico, la data in cui la visita è stata effettuata e l'importo corrisposto. Non sono rimborsabili le visite per una specialità diversa dalla specializzazione del medico che le effettua. La parcella dovrà riferirsi a una sola visita. Nel caso in cui si riferisca a più visite ne verrà sempre rimborsata una sola.

12.9. Prestazioni in forma diretta

Nel caso di prestazioni sanitarie usufruite presso una struttura convenzionata in forma diretta, l'associato dovrà consegnare la prescrizione medica, come specificato nei punti precedenti, agli sportelli della stessa struttura.

ESCLUSIONI

Per le esclusioni si rimanda al capitolo 16 (pag. 4)

13. FISIOTERAPIA, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE

13.1 Il rimborso per fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione è limitato ad un numero di prestazioni (sedute) indicate per ogni capitolo dell'allegato C per anno per assistito, indipendentemente da tipo, tecnica

utilizzata, strumentazione e per qualsiasi distretto anatomico trattato.

Le tariffe sono omnicomprensive (operatore, materiali d'uso, medicinali e ogni altro onere).

Le tariffe sono riportate nell'allegato C e si intendono per ogni seduta.

Norme per ottenere le prestazioni e limitazioni

13.2 Per ottenere il rimborso l'associato dovrà inviare a Insieme Salute oltre alla copia del documento di spesa con l'indicazione del tipo e del numero di prestazioni ricevute, la prescrizione medica riportante esattamente la diagnosi e tipo e numero delle sedute/terapie ritenute necessarie.

13.3 Sono escluse dai rimborsi le terapie con finalità estetiche

ESCLUSIONI

Per le esclusioni si rimanda al capitolo 16 (pag. 4)

14. PRESIDI E PROTESI

14.1 Rimborso dei presidi medici e delle protesi sotto elencate nella misura di seguito prevista

Apparecchio laringofono	€	360
Corsetto ortopedico	€	110
Corsetto ortopedico per scoliosi	€	280
Protesi acustica monolaterale	€	950
Protesi acustica bilaterale	€	1.450
Protesi articolare	€	2.900
Protesi arto inferiore	€	2.000
Protesi arto superiore	€	2.000
Protesi del cristallino	€	150
Protesi mammaria (ciascuna)	€	300
Protesi oculare (occhio finto)	€	800
Protesi testicolare	€	340
Protesi vascolare	€	1.400
Stent vascolari	€	1.400
Stent, altri tipi	€	400
Tutore di funzione arto inferiore	€	220
Tutore di funzione arto superiore	€	220
Tutore di funzione; tronco-corsetti ortopedici	€	190
Tutore di riposo o di posizione	€	70

Norme per ottenere le prestazioni e limitazioni

14.2 Per ottenere il rimborso dei presidi e delle protesi gli associati dovranno presentare a Insieme Salute copia della fattura di spesa debitamente quietanziata e della relativa prescrizione medica.

ESCLUSIONI

Per le esclusioni si rimanda al capitolo 16 (pag. 4)

15. CHECK - UP

15.1 Gli associati potranno effettuare un check-up presso le strutture indicate da Insieme Salute e

secondo protocolli prestabiliti e mirati in funzione dell'età e del sesso. Il check-up potrà essere effettuato ogni due anni a partire dal secondo anno di iscrizione. Le prestazioni rimarranno completamente a carico di Insieme Salute senza nessun anticipo da parte del socio.

Norme per ottenere le prestazioni e limitazioni

15.2 L'interessato dovrà comunicare a Insieme Salute la richiesta di effettuazione tramite posta, fax, e-mail o telefono.

Insieme Salute provvederà a rilasciare al richiedente l'impegnativa, con tutte le indicazioni necessarie, da presentare al Centro che effettuerà la prestazione.

Il check-up dovrà essere effettuato entro sessanta giorni dal rilascio dell'impegnativa.

16. Esclusioni

(relative ai capitoli 11, 12, 13, 14 del presente regolamento)

16.1. Gli associati non possono essere assistiti da Insieme Salute per le malattie, nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste etiopatogenicamente rapportabili, preesistenti alla data della loro iscrizione.

16.2. Le cure, le analisi e i ricoveri conseguenti a gravidanza in corso al momento dell'iscrizione, non sono in nessun caso assistibili.

16.3. Sono sempre escluse:

- le malattie nervose e/o mentali;
- le malattie congenite;
- le malattie e/o gli infortuni provocati da fatti colposi di terzi, salvo il caso in cui sia accertata la irreperibilità e/o non solvibilità del terzo responsabile;
- le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni.
- le prestazioni eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up ad eccezione dei moduli di prevenzione previsti nel precedente capitolo 15 del presente Regolamento);
- le cure estetiche;
- le malattie e/o gli infortuni derivanti da risse ed ubriachezza, da maneggio di armi o da manifesta imprudenza,
- le malattie e/o gli infortuni causati da competizioni sportive agonistiche.

16.4. Non sono rimborsabili (nemmeno sotto forma di ticket), le terapie farmacologiche, ogni tipo di screening e di vaccinazione, l'applicazione di spirali, gli accertamenti e le cure pre maternità e pre paternità, la fecondazione e la gravidanza assistita e le procedure ad esse connesse, gli accertamenti e le cure contro la sterilità, le visite psicologiche e psichiatriche, le visite medico sportive, le iniezioni e altre prestazioni infermieristiche, le cure termali salvo i casi esplicitamente previsti nel presente Regolamento.

17. ASSISTENZA ODONTOIATRICA

17.1 Accesso alla rete: tariffario agevolato e prima visita gratuita

L'associato può accedere alla rete di strutture odontoiatriche convenzionate e all'applicazione di un tariffario concordato e controllato sulle prestazioni effettuate.

L'associato ha diritto, presso le strutture odontoiatriche convenzionate, ad una prima visita gratuita con la stesura del piano di cure e del preventivo.

Procedure

- L'associato deve richiedere a Insieme Salute un modulo di richiesta prenotazione da esibire alla struttura convenzionata in occasione della prima visita.
- La struttura convenzionata provvede a stilare un piano di cure e un preventivo e ad inviare la suddetta documentazione a Insieme Salute, che controlla siano state applicate le tariffe concordate.
- L'associato accetta piano di cure e preventivo, sottoscrivendo una lettera di impegno con la struttura odontoiatrica convenzionata.
- Copia della fattura rilasciata al socio viene inviata a Insieme Salute, per un ultimo esame a garanzia del rispetto del tariffario.
- Le prestazioni odontoiatriche eseguite vengono direttamente saldate dall'associato alla struttura convenzionata.

17.2. Ablazione del tartaro

L'associato ha diritto ad un'ablazione del tartaro gratuita all'anno se effettuata nella rete convenzionata;

Procedure

- L'associato deve richiedere a Insieme Salute l'autorizzazione ad effettuare la prestazione in oggetto.
- Tale prestazione viene effettuata dalla struttura convenzionata solo dopo aver ricevuto da Insieme Salute un documento di presa in carico che ne autorizzi l'esecuzione.
- La fattura relativa a tale prestazione viene direttamente saldata da Insieme Salute, senza alcuna spesa a carico dell'assistito

17.3 Rimborso delle spese odontoiatriche

L'assistenza odontoiatrica prevede contributi alle spese sostenute dagli associati secondo quanto stabilito dall'apposito tariffario (*allegato A*), fino al 50% di ogni fattura e con un massimale annuo per iscritto di 1.600 euro.

Norme per ottenere le prestazioni e limitazioni

17.4 Decorrenza

Tutte le prestazioni decorrono con una carenza di tre mesi dal momento dell'iscrizione, salvo gli impianti endossei e le protesi per cui è prevista una carenza di

un anno.

17.5 Comunicazioni

L'associato deve comunicare preventivamente a Insieme Salute l'inizio dei trattamenti odontoiatrici inviando il preventivo del medico odontoiatra (deve essere regolarmente iscritto nell'Albo dei Medici chirurghi e odontoiatri) e l'ortopantomografia pre-trattamento.

17.6 Documentazione

Al termine del trattamento l'associato dovrà inviare a Insieme Salute copia di tutte le fatture quietanzate (saldo ed eventuali acconti) del medico odontoiatra, l'apposita scheda di Insieme Salute (allegato B), debitamente compilata dallo stesso medico, la cartella clinica da cui si rilevi il dettaglio analitico delle prestazioni eseguite e dei denti oggetto di intervento, l'ortopantomografia finale. Il rimborso può essere richiesto solo a fine lavori.

La documentazione, ai fini del rimborso, dovrà pervenire a Insieme Salute entro 30 giorni dalla data della fattura di saldo.

17.7 Controlli

Insieme Salute si riserva di effettuare, attraverso medici di propria fiducia, visite di accertamento specialistico, sia prima dell'inizio delle prestazioni, sia durante i trattamenti, che dopo il termine degli stessi.

17.8 Limitazioni

Il rimborso per analoga prestazione sullo stesso elemento, può essere richiesto qualora siano trascorsi almeno tre anni dal precedente trattamento rimborsato.

Il rifacimento di protesi mobile è rimborsabile dopo tre anni se si tratta di protesi parziale e dopo sei anni in caso di protesi totale.

E' rimborsabile una sola prestazione di prevenzione all'anno (visita con o senza ablazione del tartaro).

Non sono rimborsabili, nemmeno parzialmente, le prestazioni la cui fattura di saldo è stata emessa o quietanzata successivamente alla data di termine di questa assistenza.

18. CENTRALE OPERATIVA

18.1. Erogazione del servizio

L'assistenza è materialmente erogata, per conto di Insieme Salute, dalla centrale operativa IMA Italia Assistance SpA in funzione 24 ore su 24, 365 giorni.

18.2. Territorialità

Salvo le limitazioni indicate nelle singole garanzie, la Società presta l'assistenza quando l'Associato si trova:

- **in ITALIA**, nel territorio della Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano;
- **all'ESTERO**, nel Mondo intero esclusi i Paesi ove sussistano situazioni di guerra dichiarata o no.

18.3. Modalità per l'erogazione dell'assistenza

L'Associato per aver diritto alle prestazioni garantite, prima di intraprendere qualsiasi iniziativa a titolo personale deve contattare la

Struttura Organizzativa di IMA. Le richieste di assistenza, nelle quali devono essere specificati i dati identificativi personali, il numero della tessera di Insieme Salute, l'indirizzo ed il recapito del luogo in cui si trova l'Associato ed il tipo di assistenza richiesto, possono essere formulate telefonicamente tramite numero telefonico dedicato comunicato agli interessati da Insieme Salute al momento dell'iscrizione.

18.4. Mancato utilizzo

Qualora l'Associato non usufruisca di una o più prestazioni previste nel presente regolamento, Insieme Salute e IMA non sono tenute a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Prestazioni di Assistenza medica

18.5. Consulenza medica telefonica

Qualora l'Associato necessiti di una valutazione del proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

18.6. Invio di un medico a domicilio in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Associato, necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione da parte del medico di quest'ultima, provvederà ad inviare, con spese a carico di IMA, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Associato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

18.7. Invio di autoambulanza presso il domicilio in Italia

Qualora a seguito di infortunio e/o malattia e successivamente ad una Consulenza Medica telefonica con i medici della Struttura Organizzativa, l'Associato necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Associato nel centro medico più vicino.

18.8. Consegna farmaci all'estero

Qualora a seguito di infortunio e/o malattia, l'Associato, per le cure del caso, necessiti urgentemente, secondo parere medico, di farmaci con principio attivo equivalente (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci. Restano a carico dell'Associato i costi di acquisto dei medicinali.

18.9. Trasferimento sanitario

Qualora l'Associato, a seguito di infortunio o malattia, debba essere necessariamente trasferito, d'intesa fra il medico curante ed i medici della Struttura

Organizzativa, presso:

- i Centri Ospedalieri idonei a garantirgli le cure specifiche del caso,
- dall'estero, dove è ricoverato ad un centro ospedaliero italiano

la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Associato presso il centro individuato con il mezzo più idoneo:

aereo sanitario appositamente equipaggiato; aereo di linea (anche barellato); ambulanza; treno.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi Europei e nei paesi del Bacino Mediterraneo.

Il trasferimento potrà avvenire con l'eventuale accompagnamento di personale medico e infermieristico. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico il costo del trasferimento del paziente, incluse le spese del medico e/o infermiere che accompagnino il paziente stesso. La prestazione è fornita ad oltre 50 km dall'abitazione.

18.10. Rientro alla residenza a seguito dimissione ospedaliera

Qualora l'Associato convalescente, dopo un ricovero presso un istituto di cura avvenuto per infortunio o malattia, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa, tramite i propri medici e d'intesa con i medici curanti, definirà le modalità del rientro, tenendo a proprio carico le relative spese, e provvederà a organizzare il trasferimento del convalescente alla sua residenza con il mezzo più idoneo: il treno (in 1a classe o vagone letto); l'aereo di linea (in classe economica).

18.11. Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Associato, i medici della Struttura Organizzativa 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.

18.12. Trasporto della salma

La Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma dell'Associato deceduto in viaggio in Italia o all'Estero a seguito di infortunio fino al luogo di sepoltura in Italia, in base alla residenza del deceduto, tenendo a proprio carico le spese relative al feretro sufficiente per il trasporto ed al trasporto stesso. Sono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre. La prestazione è fornita al di fuori della Provincia di residenza dell'Associato.

18.13. Assistenza ai familiari associati

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Trasferimento Sanitario dell'Associato e qualora gli altri Associati intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa 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. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per Associato e per anno associativo.

18.14. Assistenza ai minori di anni 14

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Trasferimento Sanitario dell'Associato, la Struttura Organizzativa 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 totale di 5 ore. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per Associato e per anno associativo.

18.15. Viaggio di un familiare

In caso di ricovero ospedaliero dell'Associato superiore a 10 giorni a seguito di infortunio o malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1^a 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. La garanzia è operativa per i familiari che si trovano all'ospedale ove è avvenuto il ricovero ad oltre 50 km dall'abitazione dell'Associato.

18.16. Recapito messaggi urgenti

Qualora l'Associato, a seguito di infortunio o malattia, in caso di necessità sia oggettivamente impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a familiari residenti in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà all'inoltro di tali messaggi.

Prestazioni di Assistenza a domicilio

18.17. Assistenza infermieristica per familiari non autosufficienti

Qualora l'Associato, ricoverato in una struttura sanitaria a seguito di infortunio o malattia improvvisa, richieda l'assistenza infermieristica presso il proprio domicilio per i familiari non autosufficienti rimasti soli, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un infermiere tenendo a proprio carico le spese fino alla concorrenza di € 500,00 per annualità associativa. Il personale infermieristico sarà messo a disposizione nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni locali.

18.18. Invio collaboratrice domestica

Qualora l'Associato, ricoverato in una struttura sanitaria a seguito di infortunio o malattia improvvisa, al momento della dimissione richieda una collaboratrice domestica per sistemare la casa, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarne una tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimale

di € 250,00 per annualità associativa. Per l'attivazione della garanzia, l'Associato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno 48 ore prima della data di dimissioni.

18.19. Servizio spesa a casa

Qualora l'Associato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di infortunio indennizzabile, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare la consegna presso la sua abitazione di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana. Rimangono a carico dell'Associato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. La prestazione viene fornita per un massimo di 4 volte per sinistro.

18.20. Custodia animali

Qualora l'Associato, a seguito di ricovero in ospedale a causa di infortunio e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato di accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento fino ad un massimo di euro 200 complessivi per evento e per annualità associativa.

Servizi INFOCENTER

(Tutti i servizi Infocenter di seguito elencati ai punti 18.21, 18.22, 18.23, 18.24, sono attivi dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

18.21. Informazioni sanitarie e farmaceutiche

L'Associato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa: indirizzi di ospedali, cliniche, centri specializzati del capoluogo/regione di residenza dell'Associato; indirizzi degli uffici competenti per l'espletamento di pratiche e richiesta di documenti; informazioni per l'assistenza sanitaria all'estero.

Potrà richiedere inoltre alla Struttura Organizzativa, per i medicinali commercializzati in Italia, informazioni su: loro composizione; equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio; posologie consigliate dalle Case farmaceutiche; eventuali controindicazioni.

18.22. Informazioni di medicina tropicale

L'Associato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa informazioni relative al paese della fascia tropicale nel quale intende recarsi quali: vaccinazioni richieste; rischi sanitari; alimentazione e bevande; farmaci utili in viaggio; clima e temperature; servizi sanitari in loco.

18.23. Segnalazione Centri Specialistici

Qualora l'Associato debba sottoporsi ad intervento chirurgico, potrà ottenere ogni informazione telefonando alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individua e

segnala un centro ospedaliero attrezzato in Italia o all'estero.

18.24. Informazioni legali

Qualora l'Associato necessiti consigli pratici di carattere legale relativi alla vita privata e condominiale in genere, telefonando alla Struttura Organizzativa potrà ottenere ogni informazione e nominativi di legali disponibili nella località in cui si trova l'Associato.

Esclusioni

(relative alla sola sezione Centrale Operativa)

18.25.

Sono esclusi i danni causati da guerre, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

18.26.

Sono esclusi i danni conseguenti a scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, atti di terrorismo.