

“QUERCIA” PIANO RSM DES sottostante HARMONIE MUTUELLE DIARIA DEGENZA E CONVALESCENZA

A chi è rivolto

I Soggetti nei confronti dei quali sono erogate le prestazioni descritte nel presente Piano Mutualistico sono il Socio Ordinario (titolare dell'adesione) e i Soci ordinari familiari ovvero: Il Socio, il coniuge o in alternativa il convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico, anche non conviventi, i figli fiscalmente non a carico purchè conviventi.

La copertura può essere estesa ad uno o più componenti il nucleo familiare sopradescritto oppure per il solo titolare dell'adesione. Le prestazioni sono valide per i Soci residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Stato della Città del Vaticano al momento dell'adesione o dell'eventuale rinnovo; qualora vi sia una variazione in corso d'anno, le prestazioni saranno operanti sino alla scadenza dello stesso.

Da quando decorrono le coperture

RIMBORSO SPESE MEDICHE E DIARIE	Le garanzie fermo il pagamento del contributo sono valide dalle ore 24.00: a) del giorno di effetto del Piano per gli infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto; b) dal 30° giorno successivo a quello di effetto del piano, per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto del piano; c) dal 180° giorno successivo a quello di effetto del piano per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarati il Socio nel questionario sanitario ed accettati dalla Società; d) dal 180° giorno successivo a quello di effetto del Piano per le conseguenze di stati patologici non conosciuti il Socio, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto; e) dal 300° giorno successivo a quello di effetto del Piano per il parto e l'aborto terapeutico.
--	--

Qualora il Contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza/piano emessa/o da DIRITTO E SALUTE S.M.S. o da altra Società di Mutuo soccorso o da una Compagnia di Assicurazione riguardante gli stessi Assistiti/Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza/piano sostituita/o, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima/o risultanti;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui al presente Piano limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni garantite.

Situazioni Pregresse

Il presente contratto è stipulato in base alle dichiarazioni rese dal Socio con apposito questionario sanitario.

Le garanzie operano esclusivamente per le malattie insorte, e gli infortuni accaduti, successivamente alla data di inserimento degli assistiti in copertura.

Le garanzie comprendono anche gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assistiti in copertura oggettivamente sconosciute a tale data e, se conosciute, dichiarate dal Socio stesso sul questionario sanitario e che non siano state oggetto da parte della Società di limitazioni o esclusioni riportate nel Piano.

Pertanto DIRITTO E SALUTE SMS si riserva di non prestare la copertura o di escludere, comunicandone l'intenzione al Socio, dalle garanzie del presente Piano le malattie e/o stati patologici e relative conseguenze dichiarate dello stesso.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Socio Ordinario o del Socio Ordinario familiare o relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della copertura, ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Continuità

Qualora il Socio abbia in corso con una Compagnia di Assicurazione/società di mutuo soccorso, analoga polizza/piano disdettata/o (non per sinistro) alla scadenza contrattuale e purché l'inserimento in copertura nel presente avvenga senza soluzione di continuità, si conviene quanto segue:

- il Socio dovrà compilare un nuovo Questionario Sanitario
- Relativamente alle dichiarazioni rese sul nuovo Questionario Sanitario le garanzie opereranno per le malattie e gli infortuni insorti successivamente alla data di decorrenza della polizza con le limitazioni ed esclusioni eventualmente previste all'atto della stipulazione del nuovo contratto e riportate nel Piano.

I termini di aspettativa sopra-indicati, salvo quanto previsto per le garanzie, i massimali e le maggiori somme assicurate in caso di polizza emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, si intendono non operanti.

Fino a quale età si può beneficiare

RIMBORSO SPESE MEDICHE E DIARIE	L'adesione al piano mutualistico è consentita alle persone di età non superiore a 75 anni Le prestazioni cessano alla prima scadenza annuale del contratto successiva al compimento dell'80° anno di età.
--	--

Dove

RIMBORSO SPESE MEDICHE E DIARIE	La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che l'indennità venga effettuato in Italia, con pagamento in euro.
--	---

Prestazioni

– **Diarie - Indennità giornaliera da ricovero e per convalescenza post ricovero**

Massimali

SEZIONE B) DIARIE	A scelta tra € 50 - € 100 - € 150 di indennità giornaliera da ricovero e per convalescenza post-ricovero. Garanzia acquistabile congiuntamente a RSM oppure separatamente
--------------------------	---

Quali sono le prestazioni

Le prestazioni erogate da DIRITTO E SALUTE SMS per le coperture Diarie – Indennità giornaliera sono le seguenti:

- Indennità giornaliera da ricovero
- Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero

Indennità giornaliera da ricovero

DIRITTO E SALUTE SMS corrisponde al socio l'indennità giornaliera concordata e indicata in Polizza fino ad un massimo di € 150,00 a seguito di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico eseguito in conformità con la vigente normativa.

L'indennità è corrisposta per i giorni di ricovero nell'Istituto di Cura con il limite di 300 giorni per ciascun evento e per anno di durata del piano.

La prima giornata di ogni ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.

Se il ricovero è effettuato in regime di Day hospital/Day Surgery (degenza diurna) l'indennità viene corrisposta in misura pari al 50% di quella concordata.

Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero

DIRITTO E SALUTE SMS corrisponde al socio l'indennità giornaliera concordata e indicata nel piano fino ad un massimo di € 150,00 a seguito di convalescenza successiva ad un ricovero in Istituto di Cura fino ad un massimo di 30 giorni per ogni ricovero e 60 giorni per anno di durata del piano con franchigia di 3 giorni ed alle seguenti condizioni:

- malattia senza intervento chirurgico, purché il ricovero abbia avuto durata non inferiore a due giorni;
- malattia con intervento chirurgico, indipendentemente della durata del ricovero, anche in regime di Day Hospital;
- infortunio, indipendentemente della durata del ricovero, anche in regime di Day Hospital. Per i casi di frattura, lussazione, distorsione, con applicazione di apparecchio gessato, tensoplast o tutori/fissatori ortopedici esterni di qualsiasi materiale, la garanzia è operante anche senza ricovero, su presentazione di documentazione rilasciata dal Pronto Soccorso o Emergenza dell'Istituto di Cura e dalla quale si evince il numero di giorni per il quali dovrà essere tenuto l'apparecchio.
- Parto (solo parto cesareo) massimo 10 gg.

Le indennità giornaliere di convalescenza vengono liquidate:

- integralmente, per ogni giorno in cui il Socio si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle sue occupazioni;
- al 50 % per ogni giorno in cui il Socio non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità giornaliera da convalescenza post ricovero è cumulabile con l'indennità giornaliera da ricovero al punto all'Art. B1 del contratto.

ESCLUSIONI

Il piano non è operante per:

- a) le complicanze, conseguenze dirette e indirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto e:
 - dichiarati alla Società con Questionario Sanitario ed esplicitamente escluse dalla Società nel certificato di polizza;
 - non dichiarate alla Società nel questionario sanitario;
- b) l'eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti e/o preesistenti alla stipulazione della polizza, fatta eccezione per le malformazioni congenite delle quali il socio sia portatore inconscio;
- c) gli interventi e cure delle miopie e/o astigmatismo e correzione del visus,
- d) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) gli infortuni derivanti da delitti dolosi del socio;
- f) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, immersione con autorespiratore, sport aerei, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli, moto o natanti a motore.
- h) gli infortuni derivanti dagli sport praticati a livello professionistico;
- i) l'aborto volontario non terapeutico;
- j) le terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza;
- k) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza);
- l) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 8/11/91 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- m) le degenze dovute alla necessità del socio, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- n) le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di contratto;
- o) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto all'art. A2 e A3 lettera f) del contratto;
- p) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e l'accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);
- q) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni, cui il socio abbia

preso parte, i quali abbiano movente politico o sociale; di movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche.

- r) le terapie oncologiche, salvo quanto previsto all'articolo A3 lettera "i" del contratto.
- s) i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up (ricoveri impropri)
- t) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, nonché quelle effettuate per familiarità o per predisposizione genetica inclusi i test genetici;
- u) trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da malattia ed infortunio.

In ogni caso la DIRITTO E SALUTE SMS non è tenuta a fornire copertura e non è tenuta a pagare qualsiasi richiesta o fornire alcun beneficio nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio possa esporre la parte a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea o dagli Stati Uniti d'America.

Modalità di erogazione delle prestazioni

Il socio, al fine di ricevere l'indennizzo dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale e documentazione medica attestante l'incapacità fisica a svolgere tutte le normali attività di vita quotidiana.

Pagamento dell'indennizzo:

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, entro 30 giorni dalla data di presentazione della documentazione completa richiesta dal provider. Il pagamento delle richieste di rimborso avverrà solo tramite bonifico bancario utilizzando le coordinate IBAN fornite dal socio.

Le liquidazioni delle indennità di ricovero e convalescenza vengono effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. Il Provider e la DIRITTO E SALUTE S.m.s. si riservano di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.