

Norme Generali che regolano l'adesione al piano mutualistico COVID – 19 - AGRIFOGLIO

PREMESSA

Il presente contratto di adesione al piano mutualistico COVID-19 erogato dalla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE individua le prestazioni previste in favore del Socio nel caso in cui questi debba sostenere spese di natura medica e sanitaria derivate dall'aver contratto il COVID-19.

L'adesione al piano mutualistico COVID-19 avviene in base alla precedente iscrizione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE.

I dati riportati nel presente contratto rappresentano i punti salienti delle forme di assistenza e costituiscono elemento vincolante, al fine della garanzia, eventualmente integrata dal testo di Convenzione separatamente sottoscritto da seguire per utilizzare al meglio il piano sottoscritto.

La Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE eroga la presente prestazione in caso di rimborso spese mediche sulla base di una convenzione stipulata con una Impresa di Assicurazione, di seguito definita "Compagnia assicuratrice sottostante" (NOBIS spa).

La Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE risulta essere Beneficiaria della convenzione di cui sopra.

Per ulteriori informazioni ed eventuali chiarimenti, i Soci possono rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti di Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE

Mail: adesioni@mutuades.it

Telefono: +39 011-0620637

CONTRATTO DI ADESIONE AL PIANO MUTUALISTICO COVID-19 - AGRIFOGLIO

Art. 1 – Norme di carattere generale

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Socio o di chiunque sia beneficiario del piano mutualistico relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e sulla situazione legata alla attivazione dei piani possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo/rimborso nonché l'annullamento del piano mutualistico e relativa esclusione da Socio della Mutua per comportamento scorretto verso la mutua stessa e gli altri Soci.

Art. 1.2 - Conclusione del contratto - Decorrenza del Piano mutualistico – Versamento del contributo mutualistico e quote associative

La domanda di adesione si ritiene conclusa nel momento in cui sia debitamente sottoscritta dal Socio e sia stata valutata positivamente con apposita delibera del Consiglio di Amministrazione (CdA) della Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE. La copertura sottoscritta ha effetto dalle 24:00 del giorno di delibera del CdA, se il Contributo o la prima rata di esso sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle 24:00 del giorno del versamento dei contributi. Il Contributo è sempre determinato per periodi di un anno (12 mesi) ed è interamente dovuto dal Socio, anche qualora ne sia stato convenuto il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale.

Il versamento del Contributo e delle quote associative può essere effettuato solo nelle seguenti modalità:

- a) addebito automatico sul conto corrente bancario o postale del Socio o di uno dei familiari beneficiari;
- b) assegno circolare o bancario intestato a Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE;
- c) Bonifico bancario o postale sui rispettivi conti correnti indicati sulla domanda di adesione ed intestato a Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE

Nel caso sia stato scelto di versare il contributo tramite assegno, questo viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del versamento del titolo. L'assegno, sia esso circolare o bancario, deve essere intestato a Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE e munito della clausola di non trasferibilità. In caso di mancato versamento del Contributo o delle rate successive del Contributo, secondo le modalità sopra indicate e previste dal Regolamento Operativo, la copertura oggetto del presente Regolamento sarà automaticamente sospesa dalle 24:00 del 30° giorno successivo alla scadenza dell'ultima rata non versata. Il versamento del Contributo o delle rate del Contributo non corrisposte potrà avvenire prima che si sia verificata la risoluzione di diritto dell'Adesione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE ovvero entro il 180° giorno dal primo insoluto, restando inteso che durante il periodo di morosità le richieste di prestazioni o di rimborso non saranno liquidabili; la riattivazione del piano mutualistico avrà efficacia dalle ore 24:00 del giorno di delibera prestabilito e del relativo versamento (di tutte le rate di Contributo non corrisposte) e, in tal caso, rimarranno ferme le successive scadenze del versamento dei contributi.

Art. 1.3 - Adeguamento del Contributo

Il Contributo annuale previsto per ciascun Socio potrà essere adeguato nel tempo. Tale adeguamento sarà applicato previa comunicazione all'assistito entro 60 giorni antecedenti la scadenza annuale della Copertura al fine di mantenere un equilibrio tra i partecipanti alla Mutua nonché la tenuta finanziaria ed economica di quest'ultima.

Art. 1.4 - Durata e proroga dell'adesione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE al piano mutualistico COVID-19 - AGRIFOGLIO

Fermo restando che l'adesione alla Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE ha finalità di operare per la vita intera del Socio, le prestazioni comprese nel piano mutualistico COVID-19 operano al momento nei limiti di età di cui all'art. 3.2 al fine di garantire la tenuta e la stabilità della Mutua.

L'adesione al piano sanitario COVID-19 NON si rinnova tacitamente e ha decorrenza annuale dalla data di sottoscrizione.

Resta fermo il diritto della Società di Mutuo Soccorso DIRITTO E SALUTE di recedere in caso di morosità superiore a sei mesi o comportamenti scorretti e/o manifestamente in conflitto con la Società.

Art. 1.5 - Modifiche del Regolamento dei Piani Mutualistici

Le eventuali modifiche ai vari piani mutualistici devono essere provate per iscritto.

Art. 1.6 – Forme per l'adesione al piano mutualistico COVID-19 - AGRIFOGLIO

L'adesione viene attivata individualmente dal singolo Socio.

Art. 1.7 - Foro competente

Ogni controversia relativa al presente regolamento è soggetta alla giurisdizione italiana ed alla competenza esclusiva del Tribunale di Milano.

Art. 2 – Prestazioni previste con l'adesione al piano mutualistico erogato dalla Società di Mutuo Soccorso Diritto e Salute – COVID-19 - AGRIFOGLIO

Art. 2.1 – Oggetto del piano mutualistico

Oggetto del piano mutualistico è una serie di prestazioni a favore del Socio Assistito e del Suo Nucleo Familiare valide esclusivamente a seguito di infezione da COVID-19 diagnosticata in Italia, successivamente alla decorrenza della copertura e a condizione che l'infezione comporti un conseguente ricovero.

Art. 2.2 – Diaria da ricovero

La Mutua Diritto E Salute a norma e nei termini delle condizioni contrattuali, accorda, per la durata del rapporto contrattuale, una indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura disposto quale conseguenza diretta ed esclusiva del contagio da COVID-19 (c.d. Coronavirus) patito dall'Assistito o componente del Nucleo Familiare, indipendentemente dalle spese sostenute, nella misura delle prestazioni di seguito indicate.

Mutua Diritto e Salute, qualora il ricovero dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare si protragga per un numero di giorni superiore a 5, riconosce per ogni successivo giorno di degenza (i.e. a partire dal sesto giorno di ricovero) un importo pari a € 100,00 (cento/00) per un numero massimo di giorni pari a 10.

In conseguenza di quanto sopra, dunque, la somma massima esigibile da ciascun Assistito o componente del Nucleo Familiare nel corso dell'annualità di copertura non potrà superare l'importo di € 1.000,00 (mille/00).

Art. 2.3 – Indennità da convalescenza

La Mutua Diritto E Salute riconosce all'Assistito o componente del Nucleo Familiare una indennità da convalescenza fissa e predeterminata pari a € 3.000,00 (tremila/00) al momento della dimissione dell'Assistito stesso dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

La presente prestazione opererà unicamente qualora l'Assistito o componente del Nucleo Familiare, nel corso della predetta degenza, sia stato ricoverato nel reparto di terapia intensiva, così come risultante dalla cartella clinica che dovrà essere prodotta in forma integrale al momento della denuncia del sinistro.

Art. 2.4 – Assistenza post-ricovero

La Mutua Diritto E Salute, qualora l'Assistito o componente del Nucleo Familiare necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, tramite la Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, verrà inviato il medico richiesto gratuitamente.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

Prestazione valida per un numero massimo di tre volte per tutta la durata contrattuale.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare nel Pronto soccorso più vicino al luogo in cui l'Assistito stesso si trova al momento della chiamata.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19. Prestazione valida per un numero massimo di tre volte per tutta la durata contrattuale.

Qualora l'Assistito o componente del Nucleo Familiare sia impossibilitato a provvedere attraverso i propri familiari e/o altre persone dallo stesso designate e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare dal Pronto soccorso al suo domicilio.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

Qualora l'Assistito o componente del Nucleo Familiare sia impossibilitato a provvedere attraverso i propri familiari e/o altre persone dallo stesso designate e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare presso l'Istituto di Cura più vicino al luogo nel quale l'Assistito o componente del Nucleo Familiare si trovava al momento della chiamata e, qualora possibile, il successivo rientro al domicilio.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario al quale l'Assistito potrà porre i più opportuni quesiti in merito al proprio stato di salute e a quello dei componenti il Nucleo familiare.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

La Centrale Operativa mette a disposizione, dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, il proprio personale specializzato nei consulti psicologici affinché l'Assistito possa ricevere un primo supporto e le più opportune indicazioni in ordine alle modalità di gestione del disagio psicologico proprio o dei componenti il Nucleo familiare.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica affinché l'Assistito o componente del Nucleo Familiare possa trasmettere copia della propria cartella clinica e ottenere, anche con il supporto di medici specialisti di strutture convenzionate, una second opinion in merito al percorso diagnostico e terapeutico intrapreso.

Prestazione valida esclusivamente nei 14 giorni successivi alla dimissione dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19.

L'Impresa, attraverso la propria Centrale Operativa in funzione h24 e a seguito di richiesta dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare, comunicherà telefonicamente i numeri di telefono istituiti dalle Autorità per la gestione delle vicende relative al contagio da Covid-19 (c.d. Coronavirus) e per le relative segnalazioni.

Qualora l'Assistito o componente del Nucleo Familiare ne faccia richiesta, al momento della propria dimissione, la Centrale Operativa invia un taxi per accompagnare l'Assistito o componente del Nucleo Familiare presso la propria residenza o il più vicino domicilio. Mutua Diritto e Salute tiene a proprio carico la prestazione fino ad un massimo di € 100,00 qualsiasi sia il numero dei passeggeri.

Art. 3 – Esclusioni e limiti di copertura

Art. 3.1 – Esclusioni

I piani mutualistici di cui al presente contratto non sono operanti nell'ipotesi in cui derivino da:

- a) qualsiasi patologia – nessuna eccettuata – diversa dal COVID-19 (c.d. Coronavirus);
- b) situazioni non riconducibili in via diretta ed esclusiva all'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus);
- c) ricoveri in Day Surgery o Day Hospital;
- d) infortuni, malformazioni, gravidanza, interruzione di gravidanza, parto di qualsiasi genere;
- e) conseguenze dirette di malattie e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi, anteriormente alla stipulazione del contratto. Il piano sanitario è operante per l'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus) insorta anteriormente alla stipulazione del contratto e non ancora manifestatasi alla data di stipulazione (patologia latente), certa la non conoscenza dell'assistito;
- f) check-up di medicina preventiva;
- g) necessità dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana e i ricoveri durante i quali vengono compiuti accertamenti e/o trattamenti e/o indagini di natura clinica ovvero diagnostica, comunque intesi, che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in regime ambulatoriale;
- h) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche e quarantene disposte dalle Autorità;
- i) conseguenze di guerre, eventi sociopolitici, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Resta espressamente inteso che, con particolare riguardo alle prestazioni di assistenza di cui all'art. 2.4, le coperture non potranno essere operative qualora la loro effettiva esecuzione sia impedita o impossibilitata da provvedimenti delle Autorità, anche sanitarie.

Art. 3.2 – Limiti di età e persone che non possono accedere ai piani mutualistici rimborso spese mediche di cui al presente contratto

I piani mutualistici di cui al presente contratto possono essere stipulati e utilizzati da soggetti che al momento della stipulazione del presente contratto non hanno ancora compiuto i 65 anni di età, fermo restando che rimane in vigore per chi già in precedenza assistito.

Resta espressamente inteso che non potranno acquisire la qualifica di Assistiti i soggetti operanti nel settore medico-sanitario o, in ogni caso, adibito ad attività afferenti al predetto settore medico-sanitario, i soggetti operanti nel settore dei servizi della Protezione Civile, delle farmacie, delle orze Armate, della Pubblica Sicurezza e del volontariato di qualsiasi genere, nonché i soggetti operanti l'attività di recupero e/o soccorso e/o trasporto di malati e/o di personale medico e paramedico attraverso qualsiasi mezzo, comprese le ambulanze, i mezzi di soccorso, le auto mediche e simili. Non possono inoltre accedere al presente piano mutualistico e quindi non possono essere assistite le persone affette al momento della stipulazione del presente contratto da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS.

Art. 3.3 – Limiti territoriali

Le prestazioni previste dal presente piano mutualistico valgono esclusivamente per gli accadimenti occorsi nel territorio della Repubblica Italiana.

Art. 3.4 – Periodi di carenza

Le garanzie previste nel piano mutualistico di cui al presente contratto e fermo il pagamento del Contributo sono valide dalle ore 24.00:

- a) del giorno di pagamento per l'operatività della Centrale operativa;
- b) del 15 giorno successivo a quello di effetto del piano mutualistico per la "Diaria da ricovero e la "Indennità da convalescenza";

Resta espressamente inteso che nel caso in cui l'Assistito o componente del Nucleo Familiare dovesse uscire dal territorio della Unione Europea dopo aver sottoscritto il piano mutualistico, le garanzie previste nel piano stesso s'intenderanno automaticamente sospese in forma integrale e riprenderanno efficacia solamente dopo che siano trascorsi 30 giorni dal rientro dell'Assistito nel territorio della Unione Europea

Art. 4 – Prestazioni previste con l’adesione al piano mutualistico erogato dalla Mutua Diritto E Salute COVID-19 – MODALITA’ PER LA GESTIONE DI INDENNIZZI E PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Art. 4.1 Obblighi dell’Assistito o componente del Nucleo Familiare per ottenere le prestazioni previste

Per ottenere l’indennizzo spettante, secondo quanto previsto dalle condizioni del piano mutualistico, l’Assistito o componente del Nucleo Familiare deve:

- 1 - denunciare il caso alla Impresa sottostante entro dieci giorni dall’avvenuto ricovero;
- 2 - Provvedere ad inviare all’Impresa sottostante la copia autentica e completa della Cartella Clinica, nonché copia del referto di ogni altro accertamento diagnostico strumentale o di laboratorio effettuato;
- 3 - Acconsentire ad eventuali controlli medici disposti dalla Impresa sottostante e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal ne dal segreto professionale i medici che l’hanno visitato e curato.

Art. 4.2 Cosa fare per ottenere le prestazioni previste

Garanzie diverse da quelle di assistenza.

In caso di necessità l’Assistito o componente del Nucleo Familiare deve contattare la Centrale Operativa operante in nome e per conto della Mutua Diritto E salute, in funzione 24 ore su 24, 365 giorni l’anno ai seguenti numeri e recapiti:

Nobis S.p.A. in nome e per conto della Mutua Diritto E Salute - Ufficio Sinistri Centro Direzionale Colleoni – Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 20864 - AGRATE BRIANZA (MB)

Numero Verde **800.89.41.49**

oppure 039-9890722

dall’estero 39-039-9890 22

comunicando con estrema precisione:

- nome, cognome e numero di contratto;
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico;
- motivo della chiamata.

Prestazione di assistenza

La Mutua Diritto E Salute mette a immediata disposizione dell’Assistito o componente del Nucleo Familiare, mediante l’utilizzo della Centrale Operativa che opera in nome e per conto della Mutua stessa, le prestazioni previste, nel caso in cui lo stesso Assistito ne faccia richiesta a termini di contratto, a seguito di un evento contemplato dalla stessa ed entro i limiti convenuti.

Per usufruire delle prestazioni previste, l’Assistito o chi per esso deve contattare preventivamente la Centrale Operativa tramite i seguenti numeri telefonici:

dall’Italia Numero Verde **800.89.41.49**

oppure 039-9890722

dall’estero +39.039.9890722

comunicando con estrema precisione:

- tipo di assistenza di cui necessita;
- nome e cognome e numero di Contratto;
- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico.

APPENDICE – GLOSSARIO

La presente parte del contratto contiene un elenco che riporta ed esplicita le definizioni dei termini utilizzati, in generale, nel piano mutualistico. Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del presente contratto, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nella Condizioni di Contratto.

<u>ASSISTITO/SOCIO:</u>	il soggetto il cui interesse è protetto dalla sottoscrizione del piano mutualistico ovvero sia, nel caso concreto, il soggetto che stipula il piano e il suo Nucleo familiare (vedi infra per la definizione).
<u>CONTRAENTE:</u>	il soggetto che stipula il contratto riguardante il piano mutualistico;
<u>FRANCHIGIA:</u>	il numero dei giorni di ricovero a carico dell'Assistito o componente del Nucleo Familiare;
<u>IMPRESA SOTTOSTANTE:</u>	Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
<u>INDENNIZZO:</u>	la somma dovuta dalla Mutua Diritto E Salute in caso di sinistro;
<u>ISTITUTO DI CURA:</u>	s'intendono esclusivamente l'ospedale, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (I CCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.;
<u>MALATTIA:</u>	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
<u>MALATTIA PREESISTENTE:</u>	malattia che sia l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del Contratto;
<u>MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO:</u>	alterazione organica acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile, oppure alterazione organica congenita, evidente o clinicamente diagnosticabile;
<u>NUCLEO FAMILIARE:</u>	ai sensi del presente contratto, s'intendono rientranti in questa definizione il coniuge o il convivente more uxorio e i figli del Contraente, a condizione che detti soggetti risultino dallo stato di famiglia di quest'ultimo;
<u>RICOVERO:</u>	la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura collegata in modo diretto ed esclusivo all'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus);