

Società Generale di Mutuo Soccorso



REGOLAMENTO DEL SUSSIDIO FLORIDA SIMPLY GOLD

Edizione 10/2019 - Aglea Salus

Rev. 01/2019

Glossario

- Associato:** la persona fisica, associata alla AGLEA SALUS, il cui interesse è protetto dalla Sussidio, residente e domiciliato in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano.
- Carenza:** il periodo iniziale dalla data di decorrenza della copertura durante il quale le garanzie non sono operanti e pertanto un eventuale rimborso/indennità conseguente a evento intervenuto in tale periodo non è erogabile dalla Aglea Salus.
- Cartella clinica:** il documento ufficiale redatto durante il Ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery o l'Intervento chirurgico ambulatoriale, contenente le generalità dell'Associato, la diagnosi, l'anamnesi patologica, prossima e remota, le terapie effettuate, gli Interventi chirurgici effettuati, gli esami e il diario clinico, nonché la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).
- Centro medico:** la struttura, anche non adibita al Ricovero, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche e che non sia finalizzata a trattamenti di natura estetica.
- Contraente:** la persona fisica o giuridica, che può coincidere o meno con l'Associato, che sottoscrive il sussidio e si impegna al versamento delle quote associative e del Contributo aggiuntivo nei confronti di Aglea Salus.
- Contributo:** la somma dovuta dal Contraente ad Aglea Salus per il Sussidio scelto ai sensi del presente Regolamento.
- Day Hospital:** la degenza esclusivamente diurna in Istituto di cura documentata da Cartella clinica. Non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura presso il Pronto Soccorso.
- Day Surgery:** la degenza in Istituto di cura esclusivamente diurna comportante Intervento chirurgico documentata da Cartella clinica.
- Dichiarazione di Buono Stato di Salute o Dichiarazione alla Mutua:** il documento contrattuale, di spontanea dichiarazione alla Mutua, costituente parte integrante della domanda di adesione, che contiene le notizie sanitarie dell'Associato. Il documento deve essere sottoscritto dall'Associato stesso (o da chi ne fa le veci) prima di stipulare la copertura sanitaria.
- Domicilio:** il luogo dove l'Associato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.
- Evento:** il fatto dannoso o l'insorgenza della patologia, per i quali si attiva il sussidio.
- Data insorgenza patologia:** la data in cui lo stato patologico si è manifestato e/o è stata diagnosticato e/o è stata sottoposto ad accertamenti e/o è stato sottoposto a cure.
- Grande Intervento Chirurgico:** l'Intervento chirurgico rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici allegato al presente Regolamento.
- Indennizzo:** la somma sostituita il rimborso, richiesta in sostituzione dello stesso ad Aglea Salus al verificarsi di un evento.
- Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili all'Associato, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso di struttura sanitaria pubblica, attestante le circostanze dell'evento, le cause, le modalità di accadimento e le conseguenze dell'evento, che abbiano attinenza con le prestazioni garantite dal presente Regolamento.
- Ingressatura:** il mezzo di contenzione costituito da fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di cura o da personale medico e pertanto non amovibile autonomamente dall'Associato, limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata. Non generano diritto a indennità o rimborso le contenzioni di singole dita di mani o piedi.
- Intervento chirurgico:** l'atto medico realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Non sono considerati Interventi chirurgici né le riduzioni incruente di fratture e lussazioni, né gli accertamenti diagnostici o di controllo, anche quando invasivi o comportanti prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e/o per l'introduzione di idoneo strumento all'interno dell'organismo. Non sono altresì considerati Interventi chirurgici i soli trattamenti sanitari a scopo terapeutico, quali cure oncologiche o somministrazione di qualsivoglia medicinale, anche tramite cruentazione dei tessuti.
- Intervento ambulatoriale:** l'Intervento chirurgico o terapeutico eseguito senza Ricovero che per la tipologia dell'atto non richieda la permanenza in osservazione nel post-Intervento.
- Indennità Sostitutiva:** Indennità, che viene riconosciuta in sostituzione sia del rimborso delle spese per la prestazione effettuata in SSN durante il ricovero, che delle spese pre/post effettuate ad esso connesse.
- Infortunio Odontoiatrico:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provochi lesioni fisiche oggettivamente constatabili all'apparato dentale, che siano documentate da specifico referto di Pronto Soccorso e radiografie o altra diagnostica radiologica, esclusivamente di struttura sanitaria pubblica
- Ipazia Service Srl:** società, di cui si avvale Aglea Salus, preposta al convenzionamento del Network sanitario e alla lavorazione e liquidazione delle pratiche di rimborso avanzate dagli aventi diritto.
- Invalità Permanente:** la definitiva incapacità fisica, parziale o totale, ad attendere alle proprie occupazioni.
- Istituto di cura:** ogni ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Si intendono inclusi gli ambulatori ovvero le strutture o centri medici autorizzati a erogare prestazioni medico-chirurgiche, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale. Sono in ogni caso esclusi gli stabilimenti termali, case di convalescenza o lungo degenza, di soggiorno o di riposo per la cura di anziani o malati cronici, nonché le strutture preposte all'erogazione di cure palliative o che effettuino terapie del dolore, le cliniche della salute, le cliniche aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, e le residenze sanitarie assistenziali.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da Infortunio, a carattere evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici. In particolare, per Malattia improvvisa deve intendersi la Malattia di acuta insorgenza e rapido sviluppo di cui l'Associato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Associato.

Malattia mentale: tutte le patologie mentali e del comportamento (quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, etc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malattie Oncologiche: le neoplasie maligne a carattere invasivo comprovate da referto istopatologico; i tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale; le neoplasie linfomioproliferative del sangue o del midollo emopoietico.

Malformazione/Difetto fisico: la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o acquisite durante lo sviluppo fisiologico.

Massimale: la somma massima che la Aglea Salus si impegna a risarcire a titolo di liquidazione dell'evento secondo le condizioni stabilite nel presente regolamento. Il massimale si intende quale limite globale di assistenza, per anno e per nucleo (qualora sottoscritto in tale ultima formula).

Medicina alternativa o complementare / Medicina non ufficiale: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, ossigenoterapia medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

Mutua / Impresa: Società Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus.

Nucleo Familiare: una o più persone legate con l'Associato da vincoli di parentela o di affinità ovvero si intendono i coniugi o il convivente more uxorio, compresi i figli che non abbiano già compiuto il 26° anno 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.

Tale stato dovrà essere risultante dallo stato di famiglia rilasciato dal Comune alla data in cui si richiedono le prestazioni.

Rette di degenza: il trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, comportante il pernottamento, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero: la degenza documentata da copia conforme all'originale della cartella clinica dell'Associato in Istituto di cura, pubblico o privato, che comporti almeno un pernottamento.

Rimborso: la somma di denaro dovuta all'Associato, in caso di evento, rimborsabile secondo il presente Regolamento.

Scoperto / Franchigia: quota di spesa a carico dell'Associato, espressa in percentuale e/o in quota fissa e /o in numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Associato.

Strutture Sanitarie Convenzionate (Network): l'insieme degli Istituti di cura, ambulatori medici, centri diagnostici, centri odontoiatrici, dentisti, équipe e medici convenzionati con Aglea Salus e/o Ipazia Service Srl che forniscono le prestazioni all'Associato, il cui costo viene sostenuto da Aglea Salus, in nome e per conto dell'Associato medesimo ("pagamento diretto"). L'assistenza diretta è sempre subordinata all'autorizzazione alla Presa In Carico (P.I.C.), nei limiti ed in conformità a quanto previsto ai sensi del presente Regolamento.

Strutture Sanitarie non Convenzionate: l'insieme degli Istituti di cura, ambulatori medici, centri diagnostici, centri odontoiatrici, dentisti, équipe e medici non convenzionati con Aglea Salus e/o Ipazia Service Srl che forniscono le prestazioni all'Associato.

Struttura Organizzativa: il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature, presidi o dotazioni centralizzati o meno e la rete di fornitori esterni convenzionati di Ipazia Service S.r.l. e/o Europ Assistance in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede per conto di Aglea Salus e/o Ipazia Service Srl a garantire il contatto telefonico con l'Associato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare le prestazioni di Assistenza.

Sussidio: la copertura sanitaria sottoscritta con AGLEA SALUS.

Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili ai sensi del presente regolamento. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.

Visita specialistica: la visita che viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce.

Norme Generali che Regolano il Sussidio

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 guidandoli dal momento della prima richiesta di assistenza 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 fornire al Socio un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della sua collaborazione. All'interno della guida si troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire per utilizzare al meglio 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. 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.

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

Art. 1 - Informazioni generali

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Contraente o di chiunque sia beneficiario del Sussidio relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo/rimborso nonché l'annullamento del sussidio 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 Sussidio – Versamento del contributo della Copertura Sanitaria e quote associative

La domanda di adesione si ritiene conclusa nel momento in cui sia debitamente sottoscritta dal Contraente e sia stata valutata positivamente con apposita delibera del Consiglio di Amministrazione (CdA) della Aglea Salus. La copertura sottoscritta ha effetto dalle 24:00 del giorno di delibera del CdA, che sono già prestabiliti nei giorni 5-15-25 di ciascun mese dell'anno, se il Contributo annuale o triennale sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle 24:00 del giorno del versamento dei contributi, nella prima delibera successiva. Il Contributo è sempre determinato per periodi di un anno (12 mesi) oppure tre anni (36 mesi) e sono interamente dovuti dal Contraente, anche qualora ne sia stato convenuto il frazionamento annuale.

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

a) addebito automatico sul conto corrente bancario del Contraente o di uno dei familiari beneficiari;

b) assegno circolare o bancario intestato ad Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso;

c) Bonifico bancario o postale sui rispettivi conti correnti indicati sulla domanda di adesione ed intestato ad Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso.

L'Associato potrà versare alla Mutua il contributo e relative quote associative (che non sono frazionabili) nelle seguenti modalità:

- Semestrale;
- Annuale.

Per il pagamento del contributo è richiesto l'addebito sul proprio conto corrente con sistema SEPA DEBIT CORE - SDD (RID) onde evitare la sospensione delle garanzie.

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 Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus 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, la copertura oggetto del presente Regolamento sarà automaticamente sospesa dalle 24:00 dello stesso giorno di scadenza del pagamento e si riattiverà dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. 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 Aglea Salus ovvero entro il 180° giorno dal primo insoluto, restando inteso che durante il periodo di morosità le richieste di rimborso non saranno liquidabili e, in tal caso, rimarranno ferme le successive scadenze del versamento dei contributi.

Art. 1.3 - Adeguamento del Contributo

Omissis

Art. 1.4 – Durata e condizioni del contributo

Il presente Sussidio ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo, in formula annuale.

L'associato ha facoltà di scegliere le condizioni di pagamento del proprio sussidio come di seguito riportato:

- a) Annuale - Single € 750,00
- b) Annuale - Nucleo € 1.300,00.

Art. 1.4.1 Proroga del Sussidio

In assenza di disdetta inviata dal Contraente o dalla Società (in quest'ultimo caso nei soli episodi di morosità superiore a sei mesi o comportamenti scorretti e/o manifestamente in conflitto con la Società) il Sussidio si rinnova tacitamente e la copertura è prorogata di anno in anno, con obbligo di pagamento del contributo e della quota associativa. Eventuale recesso da parte del solo Beneficiario della Copertura dovrà essere inviato mediante lettera raccomandata a/r e spedita almeno 60 giorni prima della scadenza scelta della data di decorrenza indicata nella lettera di benvenuto. L'eventuale recesso dovrà essere inviato a: Aglea Salus Società generale di mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM) oppure agleasalus@legalmail.it.

In ogni caso la SGMS Aglea Salus, entro 60 giorni dalla scadenza del sussidio, si riserva la facoltà di comunicare a mezzo e-mail all'Associato le condizioni di rinnovo.

Art. 1.4.2 - 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 o negoziazione del presente sussidio alla sua prima scadenza annuale.

Art. 1.5 - Foro competente e procedimento di mediazione

Ogni controversia relativa al presente regolamento è soggetta alla negoziazione assistita che dovrà essere esperita dalle parti. Qualora la controversia non fosse stata risolta gli aventi diritto potranno rivolgersi presso il Tribunale di Tivoli, fermo restando per Aglea Salus non applicabile l'esperienza del procedimento di mediazione di cui al D.lgs. n. 28/2010 e s.m.i., (modificato dal D.L. n. 69/2013 convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013).

Art. 1.6 – Modifiche del Regolamento del Sussidio

Le eventuali modifiche del presente Regolamento devono essere approvate per iscritto.

Art. 1.7 - Aggravamento e diminuzione del rischio

I Beneficiari della Copertura sanitaria devono dare comunicazione scritta alla Aglea Salus a mezzo raccomandata a/r di ogni aggravamento o diminuzione del rischio oggetto del presente Regolamento. Gli aggravamenti di rischio non noti o che, se conosciuti, non sarebbero stati accettati dalla Società in quanto riconducibili a uno stato di non associabilità della persona possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso e/o indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura.

Art. 2 - Precisazioni e delimitazioni del Sussidio

Art. 2.1 - Persone garantite

Il presente Sussidio copre le persone fisiche esplicitamente indicate sulla domanda di adesione nei limiti previsti dalla Soluzione prescelta e dalle eventuali coperture aggiuntive in up grade purché residenti e domiciliati in Italia, nella Repubblica di San Marino o nella Città del Vaticano.

È requisito fondamentale, per l'attivazione delle garanzie, che ciascun Associato abbia debitamente sottoscritto la c.d. "Dichiarazione alla Mutua" se ha già compiuto il 61° anno di età anteriormente alla data di adesione e delibera del CdA o se abbia già sofferto di malattie di rilievo o interventi chirurgici.

Art. 2.2 - Nucleo Familiare

La presente copertura è valida anche per gli eventuali familiari indicati nella domanda di adesione o comunicati successivamente alla Aglea Salus entro 30 giorni alla scadenza anniversaria di ciascuna annualità. L'esercizio dei diritti e delle facoltà previsti dal presente Regolamento presuppongono l'attualità della convivenza ad eccezione dei figli dell'associato titolare che non abbiano già compiuto il 26° anno di età.

Art. 2.3 - Limiti di età

Sono associabili le persone fisiche di età non superiore ai 60 anni all'atto della adesione, ossia che non abbiano ancora compiuto i 61 anni di età, salvo l'ammissione concessa, in deroga e per iscritto, dal Consiglio di Amministrazione di Aglea Salus. In ogni caso il sussidio decade al compimento dell'80° anno di età.

Qualunque associato alla Aglea Salus che abbia compiuto l'80° anno di età potrà beneficiare della continuazione del piano sanitario o del sussidio a vita intera solo qualora goda di un piano di assistenza sanitaria con Aglea Salus da almeno 10 anni continuativi. Le prestazioni garantite dal presente sussidio sono erogate in favore dell'Associato ed eventuali familiari, in base all'età degli stessi, erogando quindi le prestazioni in base alle garanzie previste nelle formule under 60 e over 60, anche se all'atto di adesione non sono stati compiuti 61 anni.

Art. 2.4 - Persone non associabili

Non sono associabili, indipendentemente dalla concreta valutazione del pregresso o attuale stato di salute, le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV, Alzheimer, patologie cognitive e demenze in generale, Parkinson. Altresì non sono associabili le persone che fanno uso di psicotici assunti regolarmente per scopi terapeutici. Il Contraente è pertanto tenuto ad informarsi sulla sussistenza dello stato di associabilità degli Associati e solo a seguito di tale approfondito controllo potrà sottoscrivere la copertura. Il controllo preventivo sullo stato di associabilità dovrà essere inoltre effettuato dal Contraente all'atto della comunicazione di variazione e/o inclusione in Copertura di nuovi Associati. Premesso che Aglea Salus non avrebbe acconsentito a stipulare la presente Copertura laddove avesse saputo che l'Associato - al momento della stipulazione ovvero dell'estensione a nuovi Associati/Familiari - era affetto, ovvero era stato affetto, da una delle patologie sopra elencate, la presente copertura dovrà considerarsi annullabile e le richieste di rimborso nel frattempo presentate non saranno ritenute rimborsabili qualora dovessero emergere a tal riguardo delle dichiarazioni inesatte o non veritiere effettuate con dolo o colpa grave da parte del Contraente. Ad ogni modo, se la presente copertura riguarda più Associati, il presente Regolamento sarà valido per quegli Associati ai quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza del Contraente, fermi i limiti previsti nel presente Regolamento. Infine, laddove nel corso del contratto si manifestassero nell'Associato una o più di tali affezioni o Malattie non associabili, il Contraente e/o il relativo Associato sono tenuti a comunicarlo per iscritto a Aglea Salus, in quanto tale fattispecie costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito alla stipula della presente copertura. Resta inteso che al verificarsi degli eventi che comportino la non associabilità dell'Associato l'Aglea Salus oltre a non concedere il rimborso richiesto può deliberare per il tramite del proprio CDA l'esclusione dalla Mutua ai sensi del presente articolo alla scadenza anniversaria del sussidio.

Art. 2.5-Efficacia delle garanzie – Termini di Carenza

Le garanzie decorrono:

- 1) Per gli Infortuni e le prestazioni di Assistenza H24 dalle 24:00 del giorno di efficacia del Sussidio;
 - 2) per le Malattie improvvise (ovvero a decorso acuto), dalle 24:00 del 30° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio;
 - 3) per le Malattie (non a decorso acuto) o le prestazioni di Check Up o gli esiti di Infortuni non conosciuti o diagnosticati all'Associato alla data di stipula del Sussidio ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente a tale data, dalle 24:00 del 180° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio;
 - 4) per parto naturale o cesareo, dalle 24:00 del 300° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio;
 - 5) per aborti o per Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle 24:00 del 300° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di stipula del contratto;
- Qualora il presente Sussidio ne sostituisca un altro emesso da un'altra Società di Mutuo Soccorso, Cassa di Assistenza, Fondo Sanitario integrativo o Compagnia di Assicurazione e tra i due non vi sia soluzione di continuità ovvero senza alcuna interruzione della copertura, i termini di Carenza di cui sopra operano:
- a) dal giorno di efficacia del precedente contratto sostituito, per le garanzie e le somme in esso già previste;
 - b) dal giorno di efficacia del presente contratto, limitatamente alle diverse garanzie e/o alle maggiori somme da quest'ultimo previste e non presenti o non coincidenti con il precedente contratto sostituito.

Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso della presente copertura, il termine di Carenza decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse prestazioni.

Si precisa che per ciascun Associato, i termini di Carenza avranno effetto a decorrere dalla data di inserimento in copertura dell'Associato stesso ovvero dal giorno in cui il Consiglio di Amministrazione delibera l'ammissione del Socio ed eventuali beneficiari alla Aglea Salus. Per ogni associato già beneficiario di una copertura sanitaria, al momento della adesione alla Aglea Salus, non verranno applicati i termini di aspettativa sopra indicati per le medesime garanzie ed i medesimi massimali di provenienza e per le sole prestazioni dell'area salute e assistenza.

Art. 2.6 - Estensione territoriale

Le garanzie del Sussidio, nei limiti stabiliti dalla copertura prescelta, 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. 2.7 - Esclusioni

Il Sussidio non sarà operante nei seguenti casi.

Art. 2.7.1 - Esclusioni Infortuni e Malattia

Ferme le fattispecie di non associabilità di cui all'art. 2.4, sono esclusi dalla presente copertura:

- 1)** le spese e/o indennizzi derivanti da infortuni o conseguenti a Infortuni, non documentati da regolare referto di Pronto Soccorso Ospedaliero o unità Ospedaliera di primo Soccorso, quali:
 - a)** azioni commesse dall'Associato stesso con dolo, autolesionismo in generale compreso l'abuso di farmaci o suicidio, tentato o consumato, atti di pura temerarietà, reati; stato di ebbrezza, o di ubriachezza.
 - b)** uso di aeromobili in genere (ad eccezione di quelli abilitati al trasporto pubblico di linea), di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendii, etc.) e sport aerei in genere;
 - c)** guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Associato, compiuti 18 anni, non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Associato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 3 mesi; il Sussidio è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del Sinistro stesso;
 - d)** collaudo di qualsiasi mezzo di trasporto, sia pubblico che privato;
 - e)** pratica, a qualunque titolo, di sport motoristici (quali automobilismo, motociclismo e motonautica) oppure di sport che prevedano la partecipazione dell'Associato a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
 - f)** sport professionistici ovvero tutti gli sport costituenti per l'Associato attività professionale, principale o secondaria, o che comunque comportino una qualsiasi forma di remunerazione sia diretta che indiretta;
 - g)** pratica, a qualunque titolo, di sport estremi quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, paracadutismo o skydiving, salto con l'elastico (bungee jumping), sci e snowboard estremi ed acrobatici, freestyle ski, helisnow, airboarding, kitewings, base jumping, canyoning o torrentismo, arrampicata libera (free climbing) e altre discipline assimilabili a sport estremi;
 - h)** pratica, a qualunque titolo, dei seguenti sport pericolosi: salto dal trampolino con sci e idrosci, bob o skeleton e simili, atletica pesante, sollevamento pesi, lotta nelle sue varie forme incluso il pugilato, arti marziali in genere, rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., discese su rapide di fiumi e torrenti con qualsiasi mezzo inclusi rafting, hydrospeed e canoa, speleologia e immersioni con autorespiratore;
- i)** le conseguenze di eventi, ove manchi l'esteriorità della causa, come gli sforzi e gli atti di forza, ossia l'impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo che esorbitano o meno per intensità dalle ordinarie abitudini di vita per l'iscritto.
- 2)** le conseguenze di stati invalidanti, Infortuni e Malattie in genere conosciuti, diagnosticati o curati anteriormente alla messa in copertura e/o sottaciuti con dolo o colpa grave;
- 3)** le spese relative a conseguenze di Malattie o esiti di Infortuni non conosciuti dall'Associato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla messa in copertura, limitatamente ai primi 90 giorni di efficacia del Sussidio;
- 4)** le Malattie mentali o del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le Malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, i disturbi schizofrenici, paranoidei e affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), le sindromi e i disturbi mentali organici;
- 5)** la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le patologie correlate alla infezione da HIV;
- 6)** le cure odontoiatriche di qualsiasi tipo, salvo che sia stato attivato il pacchetto Cure dentarie;
- 7)** relativamente al pacchetto Cure dentarie, l'estrazione dei denti decidui;
- 8)** le cure del sonno, le cure e terapie cellulo-tissutali ad eccezione della conservazione delle cellule staminali;

- 9) le cure e le pratiche fitoterapiche, idropiniche e termali in genere, salvo quanto espressamente previsto dai singoli sussidi;
- 10) i trattamenti specialistici e i Trattamenti fisioterapici in genere sostenuti prima dell'Intervento chirurgico, salvo quanto diversamente previsto all'art. 4.2 del presente Regolamento;
- 11) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e della data di insorgenza; le prestazioni di controllo e di medicina preventiva, salvo quanto previsto per i Check Up.
- 12) i trattamenti di emodialisi, gli esami termografici; le iniezioni sclerosanti salvo quanto diversamente previsto nel presente Regolamento;
- 13) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di terapie di Medicina alternativa o complementare o di Medicina non ufficiale;
- 14) le prestazioni, le applicazioni, le cure e gli interventi aventi finalità estetiche; gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, salvo quelli resi necessari da Infortunio o Malattia tumorale effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento chirurgico demolitivo;
- 15) l'eliminazione o correzione di Malformazione o Difetti fisici preesistenti e le alterazioni da esse determinate o derivate, salvo quanto espressamente previsto per i neonati entro i 6 mesi dalla nascita al punto D. dell'art. 4.2 del presente Regolamento;
- 16) gli Interventi Chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- 17) l'aborto volontario non terapeutico;
- 18) la fecondazione assistita e artificiale, nonché le prestazioni per la diagnosi e la cura della sterilità, infertilità e dell'impotenza, salvo quanto previsto nel sussidio;
- 19) i Ricoveri senza Intervento chirurgico avvenuti al fine di effettuare Visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 20) i Day Hospital avvenuti al fine di effettuare Visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici, anche praticati chirurgicamente, che per la loro natura possono essere effettuati anche in ambulatorio, senza recare pregiudizio alla salute del paziente;
- 21) i Ricoveri per lungodegenza quando le degenze e i Ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; le degenze in case di riposo, di convalescenza o di soggiorno; gli interventi qualificabili come cure palliative e/o terapie del dolore; i Ricoveri in istituti o reparti specializzati per le cure geriatriche o terapie di lungodegenza;
- 22) i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di Chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- 23) le conseguenze per abuso di alcolici, farmaci, psicofarmaci e uso di sostanze stupefacenti e allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- 24) le conseguenze dirette o indirette di energia nucleare (reazioni nucleari, radiazioni e contaminazioni), di radiazioni dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (fissione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- 25) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, trombe d'aria, maremoti, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- 26) le conseguenze di guerre anche non dichiarate, insurrezioni generali, operazioni e occupazioni militari e invasioni, atti terroristici;
- 27) tutti i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e/o Infortunio;
- 28) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- 29) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e nei relativi allegati.

Si ritengono altresì escluse dal rimborso ogni conseguenza diretta e indiretta delle patologie di cui l'associato risulta essere affetto oppure ne abbia già sofferto in passato rispetto alla sottoscrizione del presente piano di assistenza.

Art. 2.7.2 - Esclusioni Assistenza (h24)

Oltre a quanto previsto dalle Esclusioni Infortuni e Malattia, per le prestazioni di Assistenza sono inoltre previste le limitazioni aggiuntive che seguono.

- 1) Aglea Salus non riconosce, e pertanto non rimborsa, spese per interventi di assistenza non autorizzati preventivamente dalla Struttura Organizzativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
- 2) Aglea Salus non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.

3) Le prestazioni non sono fornite:

- a. per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- b. per i viaggi intrapresi dall'Associato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici;
- c. in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente;
- d. per le conseguenze e/o eventi derivanti da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

Art. 3 - Variazioni del contratto di adesione

Art. 3.1 - Variazione Sussidio prescelto

Il Contraente ha la facoltà di variare il Sussidio prescelto con comunicazione scritta da inviarsi almeno 60 giorni prima della data di scadenza anniversaria del Sussidio mediante lettera raccomandata a/r o oppure via pec a: Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM) oppure agleasalus@legalmail.it

La variazione, valida per tutti beneficiari indicati sulla domanda di adesione, ha effetto a far data dalla ricorrenza annuale successiva alla richiesta di variazione e comporta in ogni caso l'applicazione del contributo e delle condizioni contrattuali in vigore in tale data; per l'operatività della Carenza si rinvia all'art. 2.5 del presente regolamento.

Art. 3.2 - Variazione delle persone beneficiarie del Sussidio nell'ambito del nucleo familiare

Il Contraente ha la facoltà di variare le persone beneficiarie del sussidio, fermi i limiti di età di cui all'art. 2.2 del presente Regolamento. La variazione dovrà essere richiesta con comunicazione scritta da inviare a mezzo lettera raccomandata a/r o oppure via pec a: **Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM) oppure agleasalus@legalmail.it.**

La variazione ha effetto a far data dalla ricorrenza annuale successiva alla richiesta di variazione e comporta in ogni caso l'applicazione del contributo e delle condizioni contrattuali in vigore in tale data. Con riferimento all'applicazione dei termini di Carenza, si rinvia all'art. 2.5 delle Condizioni del presente Regolamento.

Art. 3.3 - Variazione residenza

Il Contraente/Beneficiario ha l'obbligo di comunicare alla Società l'eventuale cambio di residenza o trasferimento all'estero con lettera raccomandata a/r oppure via pec da inviare a: **Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM) oppure agleasalus@legalmail.it.**

Resta inteso che in caso di trasferimento della residenza all'estero, la copertura cessa con effetto immediato e Aglea Salus non rimborserà al Contraente il contributo pagato e non goduto.

Art. 4.1 Modalità di erogazione del servizio e tempi di presentazione delle Richieste.

La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 24 mesi dalla dall'evento, determina l'impossibilità di procedere al rimborso.

La sospensione dell'istruttoria della pratica non interrompe la decadenza indicata.

L'associato ha 60 gg di tempo dalla data di comunicazione di richiesta di ulteriore documentazione per integrare la stessa e sempre entro 24 mesi dall'evento. Decorsi i 60gg, la richiesta verrà respinta e l'associato dovrà presentare nuova e completa richiesta, comprensiva anche della documentazione integrativa, comunque entro i 24 mesi dall'evento, oltre il quale il suo di diritto decade.

In ordine alla documentazione da presentare, si evidenzia che la SGMS Aglea Salus, potrà richiedere in qualsiasi momento, la produzione degli originali, qualora le copie inviate, risultassero illeggibili, incomplete o presentino grafie diverse. Inoltre, affinché l'ufficio antifrode possa effettuare controlli l'Associato è tenuto a consentire: visite mediche/accertamenti diagnostici, che la Mutua ritenga necessari al fine di sciogliere il riserbo sull'indennizzabilità delle richieste di rimborso, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

ALL.1 – PREVENZIONE (UNDER 60)

• Home test

L'Agea Salus offre all'Assistito un test autodiagnostico, per le adesioni single e due per le adesioni nucleo, denominato "Home Test". Tali test possono essere effettuati in autonomia fra quelli di seguito elencati appositamente scelti dalla Mutua in base al sesso ed età dell'Associato:

- Test PSA Prostata: Test per il controllo della prostata che permette di rilevare il dosaggio PSA "Antigene Prostatico specifico". Tale strumento consente di individuare una neoplasia della prostata in fase iniziale;
- Test Colon-Retto: Test domiciliare per la scoperta dei primi segni rilevatori delle malattie del colon retto anche prima dell'apparizione dei sintomi;
- Test Ulcera Helicobacter pylori: Test di semplice utilizzo che consente una rapida diagnosi facile da eseguire ed interpretare. Include una lancetta pungiti dito, tampone individuale e manuale utente;
- Test Colesterolo: Autodiagnosi del colesterolo su sangue intero. Un diagramma di lettura dei dati permette l'immediata quantificazione del valore ottenuto.

• Accesso al network odontoiatrico

Per tutta la durata del presente sussidio, l'Associato potrà usufruire, per tutti i casi non coperti dalla presente copertura, delle tariffe convenzionate presso il network odontoiatrico messo a disposizione dalla Agea Salus e/o dalla Centrale Salute.

Per avere diritto alla tariffa convenzionata, con sconti sulle possibili prestazioni fino al 40 %, l'Associato dovrà preventivamente richiedere l'autorizzazione contattando la centrale salute al numero verde dedicato di cui al successivo Art. 6.1.

• Check Up Cardiovascolare

La Agea Salus provvederà, per il tramite del proprio network convenzionato, ad erogare un Check Up cardiovascolare, senza alcuna quota di spesa a carico dell'associato, solo se svolto all'interno del proprio network convenzionato, altrimenti sarà rimborsato entro il limite massimo di € 100,00, se svolto in formula out network. Potranno beneficiare della prestazione di Check Up Cardiovascolare, due componenti del nucleo familiare, presenti nel sussidio, a partire dal 13° mese di decorrenza del sussidio e ogni, almeno, ulteriori due anni da quando è stata svolta la prestazione. Il Check Up Cardiovascolare potrà essere richiesto in alternativa al check Up della Vista.

Le prestazioni rientranti in garanzia sono: esami di laboratorio, ecocardiogramma, visita cardiologica con ECG, ecocolordoppler dei vasi epiaortici.

• Check Up Urologico/Ginecologico

La Agea Salus provvederà, per il tramite del proprio network convenzionato, ad erogare un Check Up Urologico e Ginecologico, in base al sesso, senza alcuna quota di spesa a carico dell'associato, solo se svolto all'interno del proprio network convenzionato, entro il limite massimo di € 100,00. Potranno beneficiare della prestazione di Check Up due componenti del nucleo familiare, presenti nel sussidio, a partire dal 13° mese di decorrenza del sussidio e ogni, almeno, ulteriori 2 anni da quando è stata svolta la prestazione. **Il presente Check Up comprende:**

- **Per urologico:** Visita Urologica, Emocromo Completo, Glicemia, Azotemia, Creatinina, Uricemia, VES, PSA, Esame Urine Completo, Fosfatasi Alcalina, Ecografia Prostatica;

- **Per ginecologico:** Ecografia pelvica transvaginale, Pap-test, Visita specialistica ginecologica, Ecografia mammaria bilaterale (per le donne sotto i 40 anni di età), Mammografia bilaterale (per le donne sopra i 40 anni d'età).
- **Check Up della Vista**

La Aglea Salus provvederà, per il tramite del proprio network convenzionato, ad erogare un Check Up Oculistico, entro il limite massimo di €100,00, se svolto sia all'interno del network che out network. Potranno beneficiare della prestazione della prestazione di check up oculistico, tutti componenti dell'eventuale nucleo familiare, oltre che il titolare della copertura, a partire dal 13° mese di decorrenza del sussidio e ogni, almeno, ulteriori due anni da quando è stata svolta la prestazione. Il Check Up Oculistico potrà essere richiesto in alternativa al check Up Cardiologico.

Il presente Check Up comprende: Test dell'acuità visive, test della visione dei contrasti, test della visione dei colori.

Sezione 4: Garanzie Ospedaliere

4.1- Massimale annuo di rimborsi erogabili

In ogni caso di Grande intervento chirurgico il massimo annuo rimborsabile è pari alla somma complessiva di € 50.000,00 per persona se è compreso il solo associato titolare (Formula single) o per l'intero nucleo familiare se è stata scelta la Formula Nucleo.

4.2 – Grandi Interventi Chirurgici

In caso di ricovero, per grande intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risulti compreso nei termini del presente Sussidio sottoscritto, si provvede a rimborsare le spese inerenti la malattia e/o infortunio sostenute **nei 90 giorni precedenti il ricovero per:**

- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche.

Aglea Salus, altresì, provvede al rimborso per le spese sostenute **durante il ricovero per:**

- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- medicinali ed esami;
- assistenza medica ed infermieristica;
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- Rette di degenza.

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).

- **Nei casi di Grande Intervento Chirurgico, in cui le prestazioni suddette siano effettuate sia in Centri Convenzionati che non convenzionati con la Centrale Salute, resta a carico dell'associato la quota del 25%, con un minimo non rimborsabile di € 5.000,00 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.**
- **Nei casi di più interventi chirurgici, ascrivibili alla medesima patologia, stesso organo e/o arto-tessuto, il rimborso previsto verrà erogato dalla Mutua Aglea Salus, una sola volta nell'anno di validità del sussidio in cui si è verificato l'evento;**

4.3- Grandi interventi chirurgici (prestazioni)

La Aglea Salus, entro il massimale annuo di precedentemente indicato, in caso di malattia o di infortunio rimborsabile ai sensi del presente Regolamento, provvede al rimborso delle spese sostenute dall'associato per i seguenti interventi chirurgici:

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
- Sostituzione valvolare multipla
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi

- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore

Chirurgia Cardiovascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni
- Meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili

Chirurgia Toracica

- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Interventi sul mediastino per tumori
- Asportazione totale del timo
- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Pancreaticoduodenectomia radicale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica
- Vulvectomia allargata con linfadenectomia
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni

Chirurgia Ortopedica

- Artrodesi vertebrali per via anteriore

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni
- Laringectomia totale, laringofaringectomia

- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
- Surrenalectomia

Trapianto di organi

- Tutti.

4.4 - Spese extra ospedaliere 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
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare RMN
- Scintigrafia
- Telecuore

- Tomografia Ass.le Completa TAC
- Urografia

II. La Aglea Salus, entro il limite 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 a rimborsare all'associato le spese per accertamenti diagnostici effettuati dallo stesso fino ad un massimo di € 1.000,00 per anno, con applicazione di una quota a carico dell'Associato pari al 20% e un minimo non rimborsabile di € 60,00.

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

4.5 - Visite ed accertamenti

La Aglea Salus, entro il sotto limite 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 a rimborsare all'Associato le spese per visite mediche specialistiche effettuate dallo stesso, per un massimo di € 500,00 per anno, con applicazione di una quota a carico dell'Associato pari al 20% e un minimo non rimborsabile di € 60,00. Inoltre, sono escluse dalle spese rimborsabili previste nel presente articolo, le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici.

- **Centrale salute**

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.

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.

- **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.

- **Ricerca e prenotazione centri ospedalieri**

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Associato debba sottoporsi ad intervento chirurgico, potrà telefonare alla Centrale Operativa, che previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente ed accertata la necessità della prestazione, provvederà ad individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, un centro ospedaliero attrezzato per l'intervento in Italia e all'estero. La prestazione viene fornita dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi.

- **Ricerca e prenotazione visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi ematochimiche in Italia**

Qualora l'Associato a seguito di un infortunio o malattia, debba sottoporsi a visita specialistica e ad un accertamento diagnostico o analisi ematochimiche, potrà telefonare alla Centrale operativa che, sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, la visita specialistica e l'accertamento diagnostico o il centro di analisi ematochimiche, in accordo con l'Associato.

- **Rientro dal centro ospedaliero in Italia**

Qualora l'Associato successivamente alla prestazione "Trasferimento in un centro Ospedaliero in Italia", venisse dimesso dopo la degenza e necessitasse di rientrare al proprio domicilio, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il rientro dell'Associato con il mezzo che i medici della Centrale Operativa d'intesa con i medici curanti riterranno più idoneo alle condizioni dell'Associato:

- Il treno prima classe e occorrente il vagone letto;
- L'autoambulanza, (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto verrà organizzato interamente dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Centrale Operativa la ritenessero necessaria.

- **Consegna esiti a domicilio**

Qualora l'Associato a seguito di malattia improvvisa o infortunio certificato dal proprio medico curante si è sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante. La Centrale Operativa a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

L'Associato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il recapito telefonico. Il costo degli

accertamenti è a carico dell'Associato.

La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

- **Consegna medicinali urgenti a domicilio**

Qualora l'Associato, a seguito di prescrizione medica ha bisogno di medicine o articoli sanitari e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Associato, provvede alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali o degli articoli sanitari è a carico dell'Associato. L'Associato deve comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

- **Informazioni sanitarie**

Qualora l'Associato desiderasse ricevere le seguenti informazioni relative al paese nel quale intende recarsi:

- Vaccinazioni obbligatorie o consigliate
- Rischi sanitari e alimentari
- Precauzioni igienico-sanitarie

potrà contattare la Centrale Operativa che fornirà telefonicamente le informazioni richieste.

La prestazione è fornita dalle ore 09.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi.

- **Invio di un medico a domicilio, in Italia in casi di urgenza**

Qualora, successivamente ad una Consulenza Medica, emergesse la necessità che l'Associato debba sottoporsi ad una visita medica, la Centrale Operativa provvederà con spese a carico di Aglea Salus, ad inviare al suo domicilio uno dei medici convenzionati con la stessa. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Associato in autoambulanza nel centro medico più vicino. L'associato, titolare della copertura potrà richiedere la presente prestazione per un massimo di 3 volte per ciascun anno di copertura.

La prestazione è fornita dalle ore 20.00 alle ore 08.00 al lunedì al venerdì e 24 h su 24, il sabato la domenica e nei giorni festivi.

- **Invio di una autoambulanza a domicilio in Italia**

Qualora l'Associato, a seguito di infortunio e successivamente a seguito di una Consulenza Medica, necessitasse di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Associato al centro medico più vicino.

Aglea Salus terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza massima di € 500,00 per anno con il limite di € 250,00 per sinistro.

- **Consulenza cardiologica**

Qualora l'Associato in caso di malattia o infortunio necessiti valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare direttamente o attraverso il medico che l'ha in cura, i medici cardiologi della Centrale Operativa.

L'Associato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

- **Consulenza ginecologica**

Qualora l'Associato, in caso di malattia e infortunio non riesca a reperire il proprio ginecologo e necessiti di un collegamento telefonico urgente, potrà contattare direttamente i medici della Centrale Operativa. L'Associato deve comunicare il motivo della sua richiesta ed il recapito telefonico.

- **Consulenza geriatrica**

Qualora l'Associato in caso di malattia o infortunio necessiti valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare direttamente o attraverso il medico che l'ha in cura i medici geriatrici della Centrale Operativa.

L'Associato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

- **Consulenza odontoiatrica**

Qualora l'Associato in caso di malattia o infortunio non riesca a reperire il proprio odontoiatra e necessiti di un collegamento telefonico urgente, potrà contattare direttamente i medici della Centrale Operativa.

L'Associato deve comunicare il motivo della sua richiesta ed il recapito telefonico.

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 dalla Aglea Salus di:

operare come Centrale Salute attraverso il Numero Verde dedicato 800.035.666, attivo dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18,00 per:

- 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 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: +39.0774.608001

Fax: +39.06.89184300

E-mail: assistenza@agleasalus.it

Indirizzo: Via Maremmana, 1, Nerola, Fraz. Acquaviva, Roma

6.2 - 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, potrà prendere contatto con la Centrale Salute per comunicare il tipo di assistenza richiesto. 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 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00 per ogni informazione in merito a singole strutture convenzionate e loro ubicazione, prestazioni specialistiche, esami diagnostici, ricoveri ed onorari.

6.2.3 - Prenotazione visita odontoiatrica

Rivolgendosi al Servizio Clienti di Aglea Salus, l'Associato potrà prenotare e far organizzare la visita odontoiatrica presso una struttura convenzionata appartenente al Network, in una data che soddisfi le esigenze dell'Associato stesso e della struttura. Qualora l'Associato scelga di rivolgersi ad una struttura fuori Network, dovrà comunque indicare all'operatore del Servizio Clienti di Aglea Salus il nominativo ed il recapito del dentista che eseguirà l'intervento, autorizzando il Servizio Clienti di Aglea Salus a contattare eventualmente il dentista.

6.3 - 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

È 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 solo se previsto dal sussidio scelto, 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. 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 formattato messo a disposizione ed allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi. Aglea Salus si riserva il diritto di richiedere a proprie spese una visita medica quale accertamento preventivo per il ricovero. 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 e 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 dalla copia della 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 l'Associato si avvalga di Strutture Mediche NON Convenzionate o di Strutture mediche Convenzionate ma con Equipe medica NON Convenzionata; 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.

6.4 - 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 pronto soccorso o altro presidio ospedaliero attestante l'infortunio occorso con indicazione della data, luogo e modalità di accadimento;
- 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'associato;
- 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;
- Eventuale documentazione medica proveniente da un paese diverso dall'Italia, dovrà pervenire in lingua italiana con apposita traduzione. In mancanza di tale traduzione la richiesta di presa in carico (o di rimborso) non potrà essere presa in considerazione.