



REGOLAMENTO GENERALE DELLE PRESTAZIONI

Mutua del Credito Cooperativo

PREAMBOLO

Il Consiglio di Amministrazione della Mutua **Cuore - Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo**, di seguito per brevità denominata *Mutua*, in conformità al vigente statuto sociale, ha deliberato le condizioni e le modalità di accesso alle prestazioni a favore dei propri Soci e loro familiari.

PARTE PRIMA

- L'adesione alla *Mutua* è riservata alle persone fisiche che sono Soci della BANCA DI CHERASCO.

Per Soci si intendono:

- le persone fisiche in possesso dello status giuridico di Socio della BANCA DI CHERASCO ed in regola con gli obblighi sanciti dallo statuto della medesima banca e dalla normativa vigente soprattutto con riferimento al principio della partecipazione allo scambio mutualistico. L'obbligo della partecipazione allo scambio mutualistico si intende rispettato se il Socio è titolare di un conto corrente, anche cointestato.

Chi desidera diventare socio deve presentare domanda al Consiglio di Amministrazione.

La domanda deve contenere:

1. nome, cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale, titolo di studio e attività svolta;
2. la dichiarazione di possedere i requisiti per l'ammissione a socio;
3. l'autorizzazione in favore della *Mutua* di chiedere e ricevere dalla BANCA DI CHERASCO informazioni sull'esistenza e la natura dei rapporti in essere con il Socio al fine di permettere la valutazione nel tempo della permanenza dei requisiti previsti per lo status giuridico di socio della *Mutua*;
4. l'impegno a versare la quota di ammissione, i contributi e gli apporti dovuti per le prestazioni garantite dalla *Mutua*;
5. l'impegno ad osservare le disposizioni contenute nello statuto e nei regolamenti interni e di sottostare alle delibere prese dagli organi sociali.

Al fine di automatizzare le procedure di incasso delle quote e dei contributi l'aspirante Socio deve autorizzare l'addebito permanente sul proprio conto corrente bancario attraverso procedura RID, firmando l'apposito modulo ivi previsto.

Il Consiglio di Amministrazione accoglie la domanda a suo insindacabile giudizio nella prima riunione utile.

Al termine della procedura di adesione la Mutua rilascia al Socio una tessera identificativa dello status giuridico di Socio. Tale tessera è necessaria per accedere a tutte le iniziative, assistenze e servizi garantiti dalla Mutua ai propri aderenti.



- La domanda può essere presentata agli sportelli della BANCA DI CHERASCO, Socio Sostenitore della *Mutua*.
- Le prestazioni erogate dalla *Mutua* decorrono dall'accoglimento della domanda di ammissione a Socio da parte del Consiglio di Amministrazione trascorso l'eventuale periodo di carenza previsto dei regolamenti specifici delle singole assistenze.
- Il diritto alle prestazioni è in ogni caso condizionato al pagamento, da parte del socio, della quota di ammissione iniziale e dei contributi sociali annuali, con le modalità fissate dal precedente art. 1.
- Le prestazioni che la *Mutua* garantisce ai propri Soci sono estese anche ai familiari del Socio tranne che per i servizi e le assistenze il cui regolamento specifico disciplini diversamente. Per familiari del socio si intendono: i figli minori (18 anni non compiuti) anche non conviventi con il Socio purché dichiarati nella domanda di ammissione o, successivamente all'ammissione, tramite apposita comunicazione.
- Il Consiglio di Amministrazione della *Mutua* stabilisce all'inizio di ogni annualità i contributi dovuti dai Soci al fine dell'erogazione delle prestazioni contemplate dall'oggetto sociale e con apposita nota informativa ne dà comunicazione ai Soci.
- I Soci possono recedere dalla *Mutua* comunicando per iscritto alla Società le proprie dimissioni almeno 2 (due) mesi prima della scadenza dell'annualità in corso.
- I Soci aderenti ai servizi e alle prestazioni ad accesso volontario possono recedere dai singoli servizi o prestazioni nei termini e nei modi previsti dai relativi regolamenti specifici.
- In mancanza di recesso nei termini e modi sopra stabiliti, l'adesione alla *Mutua* si intende tacitamente rinnovata di anno in anno per le prestazioni già richieste dal Socio, con obbligo di versare i relativi contributi.
- La perdita dello status giuridico di Socio della *Mutua* per recesso o esclusione obbliga il Socio alla immediata restituzione della tessera identificativa dello status giuridico di Socio.

La mancata restituzione della tessera comporta il pagamento di una penale pari a 250,00 Euro che sarà addebitata al Socio sul conto corrente indicato in sede di domanda di ammissione o di successiva variazione di conto. Nel caso in cui il Socio abbia richiesto l'estinzione dei rapporti con il Socio Sostenitore, il flusso SEPA della penale sarà addebitato prima della chiusura effettiva dello conto stesso. La penale non sarà applicata in caso di furto e smarrimento della tessera comunicato alle competenti autorità di pubblica sicurezza e previa presentazione della relativa denuncia.

PARTE SECONDA

SEZIONE I – SERVIZI SANITARI DI BASE

- 1) La *Mutua* garantisce a tutti i propri Soci un livello base di assistenza medico-sanitaria le cui prestazioni sono indicate nel regolamento della Carta Mutuasalus® e delle Diarie e Sussidi.



- 2) La Carta Mutuasalus[®] è consegnata dalla *Mutua* al Socio dopo l'accoglimento della relativa domanda di ammissione e consente allo stesso Socio ed ai suoi familiari, dichiarati nella domanda di ammissione o successivamente tramite apposita comunicazione, di accedere a tutte le iniziative che la *Mutua* organizza in favore dei propri assistiti.
- 3) Le Diarie e Sussidi sono erogati nei termini e modi previsti dal regolamento specifico che li disciplina.

SEZIONE II – SERVIZI SANITARI AVANZATI:

- 1) La *Mutua* offre a tutti i propri Soci l'accesso facoltativo a programmi di assistenza sanitaria le cui prestazioni sono indicate nei relativi regolamenti specifici. I programmi di assistenza sanitaria costituiscono un sistema mutualistico integrativo e complementare del servizio sanitario nazionale;
- 2) Il socio può accedere ai programmi di assistenza sanitaria, per sé e per i propri familiari, versando il contributo annualmente stabilito dal Consiglio di Amministrazione.
- 3) Il contributo associativo stabilito dal Consiglio di Amministrazione è riportato nei regolamenti specifici che disciplinano i singoli programmi di assistenza sanitaria.
- 4) La *Mutua* offre a tutti i propri Soci iniziative di prevenzione sanitaria e di promozione della salute a scopo educativo. Le iniziative e le relative condizioni di partecipazione sono rese note annualmente mediante apposito catalogo o periodica informativa.

SEZIONE III – SERVIZI CULTURALI E RICREATIVI

La *Mutua* promuove attività nei settori della cultura e del tempo libero. A tal fine promuove viaggi culturali e turistici a condizioni agevolate, organizza corsi di formazione ed altre iniziative educative volte ad elevare la cultura dei Soci e dei loro familiari. Le iniziative e le relative condizioni di partecipazione sono rese note annualmente mediante apposito catalogo o periodica informativa. Nelle comunicazioni relative ai viaggi sono indicate anche le Agenzie che la *Mutua* utilizzerà per l'organizzazione dei viaggi, come richiesto dalla normativa vigente in materia. Per poter partecipare il socio deve essere in regola con il contributo associativo annuale.

SEZIONE IV – ALTRI SERVIZI

La *Mutua* fornisce assistenza nel settore sociale realizzando, in modo diretto o tramite soggetti terzi convenzionati, servizi di sostegno alla famiglia.

Le iniziative, disciplinate da appositi regolamenti, sono rese note annualmente mediante apposito catalogo o periodica informativa.

Per poter partecipare il socio deve essere in regola con il contributo associativo annuale.



QUOTA DI ADESIONE E CONTRIBUTI SOCIALI ANNO 2016

Quota di ammissione una tantum per il socio: Euro 5,00

Contributi associativi annuali	Quota annuale
Clienti Banca di Cherasco non soci	150 €
Soci ordinari	100 €
YOUNG - Giovani Soci (Socio sostenitore) di età inferiore ai 35 anni	50 €
SILVER - Soci con + di 500 quote del socio sostenitore	50 €
GOLD - Soci con + di 1.000 quote del socio sostenitore	25 €
PLATINUM - Soci con + di 2.000 quote del socio sostenitore	Gratis

I contributi associativi annuali per l'adesione ai servizi facoltativi ed alle altre iniziative ed attività sociali sono riportati nei regolamenti specifici che li disciplinano.

Regolamento in vigore dal 1 settembre 2016

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 9 maggio 2016

SERVIZI SANITARI DI BASE

REGOLAMENTO CARTA MUTUASALUS®

PREMESSA

MUTUA CUORE è socia del Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza, denominato COMIPA. Gli enti del Consorzio intendono far partecipare i loro aderenti ai benefici della mutualità con specifica attenzione al settore sanitario e dell'assistenza alla famiglia e alla persona.

Il COMIPA sviluppa la sua attività nel settore socio- sanitario: la Carta Mutuasalus® permette ai titolari di usufruire dei servizi indicati nei successivi articoli.

CARTA MUTUASALUS®

La Carta Mutuasalus® di seguito per brevità denominata CARTA, permette al titolare e ai suoi familiari iscritti (di seguito definiti anche "assistito/i") di usufruire di prestazioni e servizi socio-sanitari alle condizioni indicate nel presente regolamento.

Per familiari iscritti si intendono figli minori (18 anni non compiuti) del Titolare anche se non



conviventi.

Ai fini del presente regolamento per “nucleo familiare assistito” si intende il Titolare unitamente ai familiari iscritti.

EMISSIONE DELLA CARTA

Il Titolare avrà diritto all’emissione della CARTA con numero di codice personalizzato.

DURATA E RINNOVO DELLA CARTA

La CARTA ha durata annuale e le garanzie di assistenza di cui al presente Regolamento decorrono dal primo giorno del mese successivo all’accoglimento della domanda di ammissione a Socio da parte della MUTUA DELLA BANCA DI CHERASCO. La CARTA si intenderà rinnovata tacitamente di anno in anno salvo disdetta comunicata per iscritto dal Titolare a MUTUA DELLA BANCA DI CHERASCO a mezzo raccomandata AR entro 2 mesi dalla scadenza; in caso di mancato versamento della quota annua stabilita, trascorsi 30 gg., decade automaticamente il diritto del Titolare di usufruire dei servizi e delle prestazioni previste fin quando non verrà effettuato il versamento.

CENTRALE OPERATIVA MUTUASALUS

La fruizione dei servizi e prestazioni è facilitata dal Numero Verde collegato con la Centrale Operativa Mutuasalus alla quale possono rivolgersi i titolari della CARTA, oltre che per le prestazioni di cui al capitolo successivo anche per conoscere le strutture socio sanitarie convenzionate con MUTUA DELLA BANCA DI CHERASCO e con gli altri enti aderenti al COMIPA che praticano tariffe agevolate.

PRESTAZIONI

La CARTA permette di usufruire su tutto il territorio nazionale delle seguenti prestazioni:

ART. 1	SERVIZIO INFORMAZIONI
---------------	------------------------------

Art. 1.1 INFORMAZIONI SULLE ATTIVITÀ SVOLTE DA COMIPA

La Centrale Operativa è a disposizione dell'Assicurato per fornire informazioni sulle principali attività svolte da COMIPA:

- convenzioni con case di cura, centri diagnostici, centri polispecialistici, laboratori di analisi, medici specialisti, medici dentisti, centri di fisioterapia e riabilitazione;
- convenzioni con cooperative sociali il cui oggetto di attività sia quello dei servizi socio-sanitari;
- convenzione con centri termali;
- centri di ottica, centri salute e benessere;

ART. 2	ASSISTENZA SANITARIA AL DOMICILIO
---------------	--

Art. 2.1 CONSULENZA SANITARIA

- **Informazione ed orientamento medico telefonico**



Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni e/o consigli medici.

Si precisa che tale prestazione non fornisce diagnosi ed è basata su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

Sulla base delle informazioni acquisite e delle diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

• **Consulenza sanitaria di Alta specializzazione**

Qualora, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, Allianz Global Assistance mette a disposizione il suo Servizio di assistenza medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, il Servizio di assistenza medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.

Art. 2.2 CONSULENZA TELEFONICA MEDICO SPECIALISTICA

Quando l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite il Servizio di assistenza medica di Allianz Global Assistance con uno specialista in: Dermatologia; Cardiologia; Dietologia; Geriatria; Ginecologia; Oncologia; Nefrologia Ortopedia; Pediatria, a Sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

La prenotazione della eventuale visita specialistica è gratuita, i costi della visita sono a carico dell'Assicurato.

Art. 2.3 INFORMAZIONI E REPERIMENTO DI CENTRI PER LA RIABILITAZIONE E LA CURA DEGLI ANZIANI

Tramite la Banca Dati della Direzione Medica della Società verranno fornite ai pazienti dei Medici Assicurati ed ai loro familiari informazioni sul reperimento di:

- Case di Riposo
- Ospedali per lunga degenza
- Centri termali
- Centri di riabilitazione cardiaca, respiratoria e motoria.

La Centrale Operativa provvederà altresì a comunicare agli Assicurati, la disponibilità di posti letto nelle suddette strutture fornendo eventualmente anche i relativi costi di degenza.

Art. 2.4 ORGANIZZAZIONE DI VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI A TARIFFE AGEVOLATE



Validità territoriale: Italia

Tramite la Centrale Operativa, compatibilmente con le disponibilità locali, vengono organizzate visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri a condizioni economiche agevolate presso le strutture e gli operatori socio-sanitari convenzionati più vicini alla residenza dell'Assicurato.

La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, la Centrale Operativa provvede a ricordare telefonicamente all'Assicurato, dietro sua richiesta, l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

Il costo relativo alla prenotazione e organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre rimangono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.

Art. 2.5 INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Validità territoriale: Italia

(prestazione fornita con un massimo di 3 volte per nucleo familiare e per periodo assicurativo)

L'Assicurato che necessita di una visita medica al proprio domicilio, può richiedere alla Centrale Operativa di provvedere all'invio gratuito di uno dei propri medici convenzionati.

In caso di irreperibilità del medico, la Centrale Operativa organizzerà a proprie spese il trasferimento dell'Assicurato al più vicino Pronto Soccorso.

La prestazione è operante in Italia dalle ore 20.00 alle ore 08.00 e nei giorni festivi.

AVVERTENZA: In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare con la massima urgenza gli organismi ufficiali di soccorso (Servizio 118). La Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

ART. 2.6 INVIO DI UN MEDICO IN CASO DI NECESSITÀ IN VIAGGIO

Quando l'Assicurato in viaggio necessita di un medico, anche durante le ore notturne o nei giorni festivi e non riesce a reperirne uno; Allianz Global Assistance provvede, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, Allianz Global Assistance organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un pronto soccorso.

AVVERTENZA: In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare con la massima urgenza gli organismi ufficiali di soccorso. La Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

ART. 2.7 TRASPORTO AL CENTRO MEDICO

(prestazione fornita con un massimo di 3 volte per nucleo familiare e per periodo assicurativo)

Quando, a giudizio del medico curante, in accordo con il Servizio di assistenza medica di Allianz Global Assistance l'Assicurato necessita di un trasporto ad un centro medico, la Centrale Operativa organizza a proprio il trasferimento dell'Assicurato con i mezzi adeguati al più vicino ospedale per le cure del caso, prendendo in carico una percorrenza di 200 Km A/R.



ART. 2.8 TRASFERIMENTO SANITARIO DAL DOMICILIO

Quando l'Assicurato è affetto da una patologia obiettivamente non curabile nell'ambito delle strutture sanitarie ed ospedaliere della Regione italiana di residenza; Allianz Global Assistance, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato effettuata dai propri medici d'intesa con il medico curante, e tenendo a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di **€ 5.200,00 per evento e per anno assicurativo**, organizza il trasferimento dell'Assicurato con i mezzi adeguati fino al centro ospedaliero ritenuto più idoneo alla cura della patologia di cui è affetto.

Il trasporto può essere effettuato con:

- ambulanza
- treno in vagone letto
- aereo di linea (anche barellato).

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico.

ART. 2.9 TRASFERIMENTO AD UN CENTRO OSPEDALIERO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Quando, in seguito ad infortunio o malattia improvvisa non curabili nell'ambito delle strutture sanitarie nazionali e di complessità tale da richiedere, a giudizio dei medici curanti in accordo con il Servizio di assistenza medica di Allianz Global Assistance, il trasferimento dell'Assicurato in un centro ospedaliero di Alta specializzazione ovunque in Europa; Allianz Global Assistance provvede a sue spese ad organizzare il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.

Questo servizio viene prestato con il limite di una volta all'anno per nucleo familiare assicurato.

ART. 2.10 COLLEGAMENTO CONTINUO CON IL CENTRO OSPEDALIERO

Qualora l'Assicurato venga ricoverato a seguito di infortunio o malattia improvvisa in ospedale o istituto di cura, la Centrale Operativa stessa prende contatto con i medici curanti e comunica costantemente al familiare indicato previamente dall'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.

Tale garanzia è operante nel rispetto del D.Lgs. 196/2003 pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

Se questi non fosse in condizione di farlo, la Centrale Operativa richiederà la liberatoria all'avente potere decisionale in Sua vece.

ART. 2.11 ASSISTENZA OSPEDALIERA

Quando l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia, che comportati una degenza ospedaliera con grande intervento chirurgico (si considerano "grandi interventi chirurgici" gli interventi di cui alla tabella del D.P.R. 17/02/1992 per onorari pari o superiori a Euro 1033,00) necessiti di assistenza ospedaliera, Allianz Global Assistance provvederà ad inviare a proprie spese personale specializzato per l'assistenza (infermiere o assistente a seconda delle esigenze) per massimo di due notti e sedici ore complessive di assistenza. Presso le strutture ospedaliere che saranno indicate dalla Contraente, il servizio sarà organizzato direttamente da personale convenzionato con la Contraente stessa.



La Contraente provvederà mensilmente a presentare ad Allianz Global Assistance apposito rendiconto degli interventi di assistenza effettuati.

Per ogni intervento rendicontato Allianz Global Assistance rimborserà alla Contraente Euro 16,00 orarie sino ad un massimo di Euro 260,00, equivalenti alle 16 ore di assistenza garantite.

Qualora per cause non dipendenti dalla volontà della Direzione Sanitaria della Società, non fosse possibile reperire il personale specializzato da inviare all'Assicurato per l'intervento necessario, Allianz Global Assistance provvederà a rimborsare tramite la Contraente le spese sostenute dall'Assicurato rimborsando sino ad un massimo di Euro 260,00, dietro presentazione di regolare fattura.

ART. 2.12 PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO DOPO RICOVERO OSPEDALIERO

Qualora, trascorso il periodo di ricovero in ospedale, le condizioni dell'Assicurato a giudizio del medico curante e del Servizio di assistenza medica di Allianz Global Assistance, fossero tali da consigliare un'ulteriore permanenza in loco al fine di completare la guarigione, Allianz Global Assistance provvederà a rimborsare le spese d'albergo relative, **per un massimo di 5 giorni nei limiti di Euro 155,00 per evento.**

ART. 2.13 INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO

Validità territoriale: Europa, Mondo. (Italia esclusa).

Quando i medicinali, regolarmente prescritti all'Assicurato e commercializzati in Italia, non sono reperibili in loco ed a giudizio dei medici della Centrale Operativa di Allianz Global Assistance non vi sono specialità medicinali equivalenti nel Paese straniero in cui si trova l'Assicurato; Allianz Global Assistance, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invia i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto. A carico dell'Assicurato resta soltanto il costo dei medicinali.

ART. 2.14 RIMPATRIO SANITARIO

Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio all'estero, accertate dal Servizio di assistenza medica di Allianz Global Assistance in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al proprio domicilio, Allianz Global Assistance organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo che il Servizio di assistenza medica di Allianz Global Assistance giudica più idoneo.

Il trasporto può avvenire solo se organizzato dal Servizio di assistenza medica di Allianz Global Assistance che prende in considerazione, tenendo presente le esigenze di ordine medico, la scelta del mezzo di trasporto più idoneo:

- aereo sanitario con équipe medica
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella
- autoambulanza
- treno se necessario vagone letto
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno.

Se necessario l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico. L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale in tutto



il Mondo o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

Allianz Global Assistance ha la facoltà ed il diritto di richiedere, all'Assicurato, l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato.

ART. 2.15 RIENTRO SANITARIO

Validità territoriale: Italia

Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio in Italia, accertate dal Servizio di assistenza medica di Allianz Global Assistance in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato vicino al proprio domicilio o al domicilio stesso; oppure se l'Assicurato in seguito a dimissione ospedaliera, deve essere trasportato al proprio domicilio; Allianz Global Assistance organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo:

- ambulanza
- treno se necessario vagone letto
- aereo di linea con eventuale barella
- aereo sanitario
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno.

Se necessario l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico. Allianz Global Assistance ha la facoltà ed il diritto di richiedere, all'Assicurato, l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato.

ART. 2.16 RIENTRO DELL'ASSICURATO DOPO LE CURE

Allianz Global Assistance provvede a far rientrare l'Assicurato, dopo le cure d'urgenza conseguenti ad infortunio o malattia e non appena le condizioni cliniche lo consentano, al proprio domicilio o al suo ricovero nel centro ospedaliero più vicino per il proseguimento delle cure, servendosi del mezzo ritenuto più idoneo dai suoi medici. Resta inteso che l'Assicurato consegnerà alla Società il suo eventuale biglietto di viaggio di ritorno qualora non abbia potuto servirsi del mezzo di trasporto dallo stesso previsto.

Art. 2.17 INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

Validità territoriale: Italia

Quando l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti ed è oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico, e nessuno può andare per lui; Allianz Global Assistance dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. **A carico dell'Assicurato resta soltanto il costo dei medicinali.**

Art. 2.18 CONSULTI TELEFONICI TRA SPECIALISTI

Quando le condizioni dell'Assicurato, valutate dal proprio medico specialista, richiedono un consulto fra specialisti, Allianz Global Assistance organizza un primo contatto telefonico fra il Servizio di assistenza medica e lo specialista che ha in cura l'Assicurato e successivamente un ulteriore contatto telefonico con uno o più specialisti per la specifica patologia, tenendo a proprio



carico le parcelle di questi ultimi fino alla concorrenza del **massimale di € 520,00 per anno assicurativo**.

Art. 2.19 TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI

Quando l'Assicurato deve comunicare con un proprio familiare in Italia ed è impossibilitato a farlo, Allianz Global Assistance, nei limiti del possibile, effettua 4 telefonate nell'arco delle 12 ore successive per comunicare il messaggio alla persona indicata dall'Assicurato. Analogamente può essere utilizzato il servizio, per messaggi indirizzati all'Assicurato.

Art. 2.20 INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

Quando l'Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero o di procedura giudiziaria nei suoi confronti per fatti colposi avvenuti all'estero, trova difficoltà a comunicare nella lingua locale, Allianz Global Assistance mette a disposizione un interprete, tramite la propria Centrale Operativa o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto. Nel caso di invio sul posto Allianz Global Assistance si assumerà i relativi costi fino alla concorrenza di **€ 260,00 per evento e per anno assicurativo**.

Art. 2.21 FAMILIARE ACCANTO

In caso di ricovero dell'Assicurato superiore a 10 giorni in Italia e 3 giorni all'Estero, od in caso di suo decesso, Allianz Global Assistance mette a disposizione di un familiare un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1A classe) per recarsi sul posto.

Art. 2.22 RICERCA DI UN FAMILIARE IN VIAGGIO

Quando l'Assicurato è impossibilitato a contattare un suo familiare in viaggio, Allianz Global Assistance, una volta fornite dall'Assicurato le informazioni necessarie, provvede, nei limiti del possibile, a rintracciare il destinatario e a metterlo in contatto con l'Assicurato.

Art. 2.23 RITORNO DEI FAMILIARI DELL'ASSICURATO

Quando, in caso di infortunio, avvenuto fuori dal Comune di residenza, di gravità tale da richiedere il rientro sanitario dell'Assicurato nella propria città di residenza Allianz Global Assistance provvede, a sue spese, al rientro al domicilio dei familiari dell'Assicurato, sempre che eventuali biglietti di viaggio di ritorno, in loro possesso, non siano più utilizzabili, o purché tali biglietti siano consegnati alla Società che ne potrà chiedere il rimborso.

I figli minori di 15 anni verranno accompagnati da persona maggiorenne.

Allianz Global Assistance terrà a suo carico le spese di pernottamento sul posto, dei familiari Assicurati non colpiti da sinistro, fino ad un ammontare di Euro 51.65 per giorno e per persona e per un massimo di tre giorni.

Art. 2.24 RIENTRO ANTICIPATO A SEGUITO DI GRAVI MOTIVI FAMILIARI

Validità territoriale: Europa, Mondo (Italia esclusa).

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, deve rientrare immediatamente al proprio domicilio a seguito di gravi motivi familiari; Allianz Global Assistance ne organizza il rientro, tenendo a proprio carico le spese di viaggio fino alla concorrenza di **€ 210,00 per evento**.



(Per gravi motivi familiari si intende, a titolo esemplificativo, il decesso o il ricovero ospedaliero, per gravi patologie, di un familiare od affine entro il 2° grado)

Art. 2.25 TRASFERIMENTO/RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto al di fuori del Comune di residenza, Allianz Global Assistance si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto, del trasporto della salma (incluso le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

Inoltre, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, l'Impresa vi provvede a proprie spese.

ART. 3 DELIMITAZIONI E PRECISAZIONI (RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI) – AVVERTENZA

-

5) Esclusioni comuni a tutte le garanzie

Sono esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature

nucleari o sue componenti;

- i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniaco depressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- o) suicidio o tentativo di suicidio;
- p) Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili;
- q) guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;
- r) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- s) quarantene.

Le prestazioni di assistenza non sono previste per:

- 4) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- 5) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- 6) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
- 7) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
- 8) espianto/trapianto di organi.

6) Disposizioni e Limitazioni di responsabilità

- a) la Centrale Operativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- b) la Centrale Operativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- c) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui



addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.

- d) In ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
- e) la Centrale Operativa tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- f) il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;
- g) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa derivante dal presente Contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso.

La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

- a) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
- b) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:

- aereo di linea (classe economica);
- treno (prima classe).

Il servizio fornito dalla centrale Operativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

ART. 8 IN CASO DI SINISTRO – AVVERTENZA -

Art. 8.1 PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per permettere l'intervento immediato di Allianz Global Assistance, l'Assicurato, oppure ove previsto dalle singole garanzie, per il tramite dell'organizzato della rete del Contraente, deve contattare Allianz Global Assistance tramite:

- **telefoni personalizzati** **02/26.609.848 - 02/26.609.824**
- **LINEA VERDE** **800-802165**
- **telefax** **02/70.630.091**

indicando con precisione il tipo di Assistenza di cui necessita, nome e cognome, indirizzo e luogo da cui chiama, eventuale recapito telefonico, codice fiscale e N° card

Art. 8.2 PER L'EVENTUALE RICHIESTA DI RIMBORSO

La richiesta di rimborso, accompagnata dei documenti giustificativi in originale delle spese sostenute, se e solo se autorizzate dalla Centrale Operativa di Allianz Global Assistance, dovrà essere inoltrata a:



**AGA International S.A. –
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Rimborsi
P.le Lodi, 3
20137 MILANO (MI)**

AVVERTENZA: Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa di Allianz Global Assistance non saranno rimborsate.

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale futuro rimborso;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il numero di conto corrente presso la propria Banca con il relativo codice IBAN e Codice Fiscale.

DEFINIZIONI

Nel testo che precede si intendono per:

Allianz Global Assistance: un marchio di AGA International S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia che identifica l'Impresa stessa.

Assicurato/i: Gli Associati e loro familiari, iscritti alle Mutue consorziate COMIPA.

Assicurazione: il Contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Centrale Operativa: la struttura organizzativa di AGA Service Italia S.c.a.r.l. che, in conformità al Regolamento Isvap nr. 12 del 9 gennaio 2008, provvede 24 ore su 24 tutto l'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Contraente: COMIPA Società Cooperativa, Via Castelfilardo 50, 00185 - ROMA.

Evento: l'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più sinistri.

Franchigia/scoperto: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico, calcolata in misura fissa o in percentuale

Impresa: AGA International S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, di seguito anche denominata con il suo marchio Allianz Global Assistance.

Infortunio: sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia preesistente: patologia acuta o cronica diagnosticata al paziente prima della sottoscrizione della polizza



Premio:	la somma dovuta a Allianz Global Assistance.
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Regolamento in vigore dal 1 settembre 2016.

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 25 marzo 2016.

REGOLAMENTO DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

ART. 1 – ASSISTITI

Le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti a **Mutua Cuore - Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo**, in seguito per brevità denominata *Mutua*.

I familiari dei Soci sono esclusi dalle diarie e sussidi di cui al presente regolamento.

ART. 2 - DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

La *Mutua*, in caso di ricovero in istituto di cura pubblico, accreditato o privato, reso necessario da malattia o infortunio, corrisponde le seguenti diarie giornaliere per persona/evento/anno:

TABELLA DIARIE

Tipo di ricovero	Diaria giornaliera	Massimale annuo
INFORTUNIO	30,00 €	600,00 €
MALATTIA	20,00 €	400,00 €
R.S.A.	10,00 €	200,00 €

Le diarie innanzi riportate sono erogate per ogni giorno di degenza ad esclusione dei giorni di entrata e di uscita o di trasferimento ad altra struttura ospedaliera, RSA compresa.

L'accesso alla RSA avviene mediante proposta del medico di medicina generale all'Unità di



Valutazione distrettuale che ne dispone il ricovero.

La *Mutua* rimborsa le spese sostenute dal Socio nei limiti di seguito indicati per le seguenti prestazioni dovute a malattia o infortunio:

TABELLA SUSSIDI MEDICO-SANITARI

	Prestazioni	SUSSIDI	MASSIMALI
		Importo rimborsato %	Massimale annuo
1	Visite mediche specialistiche c/o convenzionati (esclusi odontoiatri)	30 % della fattura	100,00 €
2	Esami clinici, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici c/o strutture convenzionate	20 % della fattura	100,00 €
3	Trattamenti termali c/o centri termali convenzionati	10 % della fattura	100,00 €
4	Servizio – ambulanze (solo da e per destinazioni in Istituti di Cura)	40% della fattura	100,00 €
5	Servizio – taxi sanitario (solo da e per destinazioni in Istituti di Cura)	10 % della fattura	100,00 €

I

rimborsi delle spese sostenute per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3 sono dovuti solo nel caso in cui le prestazioni siano richieste ad una struttura/operatore convenzionato del Network Sanitario COMIPA, Consorzio tra Mutue Italiane di Previdenza e Assistenza. Nel caso in cui si utilizzino strutture/operatori non convenzionati i rimborsi di cui ai punti 1, 2, 3 non sono dovuti.

I rimborsi delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 3 erogati da Ospedali Pubblici o Enti Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale sono dovuti solo per le prestazioni in regime di libera professione convenzionate con il Network Sanitario.

I ticket inerenti le prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale non sono rimborsati.

Le diarie ed i sussidi sono dovuti solo se il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali e nel limite annuale massimo indicato nelle tabelle di cui al presente articolo.

Le diarie ed i sussidi sono prestate indipendentemente dalle condizioni di salute degli Assistiti, pertanto le diarie ed i sussidi sono dovuti anche nei casi di ricadute inerenti a situazioni patologiche preesistenti alla decorrenza delle garanzie.



ART. 3 – LIMITI ALLE DIARIE E SUSSIDI

Le diarie ed i sussidi non sono dovuti se dipendenti da:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio, in particolare artroprotesi e sostituzione di impianti protesici. In caso di intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le cure per stati patologici correlati dall'infezione HIV;
- le cure per malattie degenerative del sistema nervoso (es.. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesici e di implantologia. La presente esclusione è operante salvo nel caso di infortunio, caso in cui le richieste di rimborso (avanzate a questo titolo) devono essere accompagnate dal certificato di pronto soccorso ospedaliero o di analoga struttura ospedaliera da cui risulti il danno subito;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- le prestazioni mediche aventi esclusivamente finalità di controllo; i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- il parto naturale e l'aborto;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assistito di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

ART. 4 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA



Le diarie ed i sussidi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **90esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio le diarie ed i sussidi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **300esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

I Soci con età superiore ai 75 anni avranno diritto alle diarie giornaliere da ricovero di cui al presente regolamento dopo **un anno** dall'accoglimento della domanda di ammissione a Socio. I Soci con età superiore agli 80 e 85 anni ne avranno diritto, rispettivamente, dopo **due e tre**. Per i sussidi invece rimane la decorrenza dalle ore 24:00 del **90esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Negli anni successivi al primo l'erogazione delle diarie e dei sussidi non ha luogo se il contributo associativo non è stato regolarmente pagato alla scadenza annuale. In caso di morosità il diritto alle prestazioni cessa e si ripristina alle ore 24:00 del 90esimo giorno successivo al pagamento delle quote arretrate. I ricoveri, le visite specialistiche, gli esami ed accertamenti diagnostici e le altre assistenza previste eseguite durante il periodo di morosità non possono essere oggetto di diarie né di sussidi qualunque sia la causa del ritardato pagamento.

ART. 5 – DURATA DELLA COPERTURA

La copertura ha durata annuale e scade alle ore 24:00 della ricorrenza annuale del giorno di ammissione a Socio.

ART. 6 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione delle diarie ed i sussidi previsti dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda di pagamento alla *Mutua*.

La domanda di pagamento deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla *Mutua* e firmata dal beneficiario indicando il numero del conto corrente bancario per l'accredito o altre modalità di pagamento. La presentazione del modulo, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità del socio beneficiario del rimborso

Le richieste di pagamento devono pervenire alla *Mutua* entro **180 giorni** dalla prestazione. Nessun rimborso spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

La richiesta di pagamento delle diarie ospedaliere per i ricoveri dovuti a malattia o infortunio e per ricoveri in R.S.A., dovrà essere accompagnata da:

- *Documento rilasciato dall'Ospedale riportante la data di entrata ed uscita dalla struttura sanitaria e la malattia/infortunio che ha causato il ricovero. In caso di infortunio occorre allegare anche il verbale di infortunio che viene rilasciato su richiesta dall'Ospedale.*



La richiesta di pagamento per il rimborso delle spese sanitarie dovrà essere accompagnata da:

- t) *Prescrizione del medico di base o del medico specialista riportante la patologia/infortunio che ha causato la richiesta di prestazione e la fattura pagata per la prestazione medico-sanitaria erogata (visita specialistica, esame clinico, accertamento diagnostico, trattamento fisioterapico o termale).*

La richiesta di pagamento per il rimborso dei servizi dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi con mezzi CRI (o similari) allegando la documentazione medica comprovante che il servizio è stato erogato per raggiungere Istituti di cura per motivi di salute riguardanti l'avente diritto.*

Il Socio deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla *Mutua* e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia/infortunio denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

In caso di morte del beneficiario gli eredi sottoscriveranno il modulo di richiesta rimborso, allegando il certificato di morte e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei legittimi eredi con indicazione delle modalità di pagamento.

ART. 7 - GESTIONE MUTUALISTICA

In base alle risultanze di bilancio il Consiglio di Amministrazione della *Mutua* apporterà variazioni alle condizioni previste nella presente normativa, compreso il contributo associativo annuale. Dette variazioni saranno attuate con l'inizio dell'esercizio successivo. La comunicazione delle predette variazioni avviene entro e non oltre il 15 dicembre di ciascun anno.

Il Socio che durante l'anno ha ottenuto il pagamento di diarie o sussidi medico-sanitari da parte della *Mutua* è obbligato a rimanere iscritto alla stessa per l'anno in corso e quello successivo.

ART. 8 - DISPOSIZIONI ESECUTIVE

Il Socio è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del presente regolamento emanate dal Consiglio di Amministrazione della *Mutua* e portate a conoscenza del Socio.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione alla *Mutua*, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

Regolamento in vigore dal 1 settembre 2016.

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 25 marzo 2016.

<u>SUSSIDI ALLA FAMIGLIA E ALLA PERSONA</u>
--

REGOLAMENTO SUSSIDI ALLA FAMIGLIA



ART. 1 - ASSISTITI

I sussidi alla famiglia di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti alla **Mutua Cuore - Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo**, in seguito per brevità denominata *Mutua*.

ART. 2 – SUSSIDI ALLA FAMIGLIA

La *Mutua*, in attuazione delle proprie finalità statutarie e in conformità a quanto stabilito dall'ordinamento giuridico in tema di mutuo soccorso, garantisce i seguenti sussidi al fine di sostenere la famiglia dell'associato:

N° Sussidi	Tipologia di Sussidio	Beneficiari	Importo una tantum
1	Sussidio per nascita di un figlio destinato all'acquisto di materiali e beni per la prima infanzia	Soci	100,00 € per figlio
2	Sussidio per iscrizione del figlio al primo anno dell'Asilo Nido	Figli minorenni di Soci	50,00 € per figlio
3	Sussidio per iscrizione del figlio al primo anno della Scuola dell'Infanzia	Figli minorenni di Soci	50,00 € per figlio
4	Sussidio per acquisto cartella/zaino al figlio iscritto alla classe prima della Scuola Primaria	Figli minorenni di Soci	50,00 € per figlio
5	Sussidio per acquisto vocabolari od altri libri di testo al figlio iscritto alla classe prima della Scuola Secondaria di primo grado	Figli minorenni di Soci	50,00 € per figlio
6	Sussidio per acquisto di libri di testo al figlio iscritto alla classe prima della Scuola Secondaria di secondo grado	Figli minorenni di Soci	50,00 € per figlio



--	--	--	--

I sussidi di cui ai punti 1. 4. 5. e 6. sono dovuti solo nel caso in cui l'acquisto sia effettuato presso esercente convenzionato con la *Mutua*. Nel caso in cui si utilizzino soggetti non convenzionati i sussidi non saranno dovuti.

I sussidi innanzi riportati sono erogati per anno e per nucleo familiare, dove per nucleo familiare si intende il Socio, il coniuge del Socio (eventualmente anch'esso Socio della *Mutua*) ed i figli minorenni del Socio, anche se non conviventi.

Per beneficiare dei sussidi alla famiglia, il Socio deve obbligatoriamente presentare domanda di sussidio allegando le documentazioni di spesa previste per ogni singolo sussidio e il nome e cognome del figlio per il quale il sussidio è richiesto.

I sussidi alla famiglia sono dovuti solo se il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali.

ART. 3 – LIMITI AI SUSSIDI ALLA FAMIGLIA

I sussidi indicati al precedente art. 2 sono erogati fino all'occorrenza massima della spesa sostenuta e dimostrata da apposito documento fiscale.

I sussidi indicati al precedente art. 2 potranno essere richiesti per i figli dei Soci iscritti per la prima volta all'Anno Scolastico 2016/17.

I sussidi alla famiglia, inoltre, non sono dovuti se dipendenti da:

- u) documenti di spesa non forniti in originale;
- v) presentazione di domanda di sussidio da più di un Socio facente parte lo stesso nucleo familiare per i medesimi beneficiari.

ART. 4 - DECORRENZA DELLE GARANZIE - TERMINI DI ASPETTATIVA

I sussidi di cui al presente regolamento decorrono dalle ore 24:00 del **90esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Per il primo anno di attività della *Mutua* i sussidi alla famiglia decoreranno dalle ore 24:00 del **30esimo** giorno successivo all'accoglimento della domanda di ammissione a Socio e pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo annuo.

Negli anni successivi al primo, l'erogazione dei sussidi alla famiglia non ha luogo se il contributo associativo non è stato regolarmente pagato alla scadenza annuale. In caso di morosità il diritto ai sussidi alla famiglia cessa e si ripristina alle ore 24:00 del **180esimo** giorno successivo al pagamento delle quote arretrate.

ART. 5 – DURATA DELLA COPERTURA



L'assistenza erogata dalla *Mutua* attraverso i sussidi di cui al presente regolamento ha durata annuale e scade alle ore 24:00 della ricorrenza annuale del giorno di ammissione a Socio.

ART. 6 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

L'erogazione dei sussidi previsti dal presente regolamento avviene dietro presentazione della relativa domanda di sussidio alla *Mutua*.

La domanda di sussidio deve essere redatta in conformità ai modelli predisposti dalla *Mutua*.e firmata dal beneficiario indicando il numero del conto corrente bancario per l'accredito. La presentazione del modulo, da parte di persona delegata, deve essere accompagnata da un documento di identità del socio beneficiario del rimborso.

Le richieste di sussidio devono pervenire alla *Mutua* entro **180 giorni** dalla prestazione. Nessun sussidio spetterà al Socio che presenterà la domanda trascorso tale termine.

La richiesta di sussidio per l'acquisto di materiali e beni per la prima infanzia, dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *documento fiscale (scontrino o fattura) rilasciato da esercente convenzionato indicante l'acquisto del materiale di cartoleria ed il nominativo del bambino figlio del Socio della Mutua.*
- ✓ *certificato di nascita e certificato di stato di famiglia*

La richiesta di sussidio per figlio iscritto per la prima volta all'Asilo Nido, dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *documento rilasciato dall'Asilo Nido indicante la quietanza di pagamento della quota di iscrizione del bambino figlio del Socio della Mutua al primo anno.*

La richiesta di sussidio per figlio iscritto per la prima volta alla Scuola dell'Infanzia, dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *documento rilasciato dalla Scuola dell'Infanzia indicante la quietanza di pagamento della quota di iscrizione del bambino figlio del Socio della Mutua al primo anno.*

La richiesta di sussidio per acquisto zaino/cartella per il figlio frequentante la classe prima della Scuola Elementare, dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *documento fiscale (scontrino o fattura) rilasciato da esercente convenzionato indicante l'acquisto del materiale di cartoleria ed il nominativo del bambino figlio del Socio della Mutua.*

La richiesta di sussidio per acquisto vocabolari o libri di testo per il figlio frequentante la classe prima della Scuola Media Inferiore, dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *documento fiscale (scontrino o fattura) rilasciato da esercente convenzionato indicante l'acquisto del materiale di cartoleria ed il nominativo del ragazzo figlio del Socio della Mutua.*

La richiesta di sussidio per l'iscrizione a società e/o ad associazioni sportive e culturali per il figlio frequentante il ciclo scolastico della Scuola Media Superiore, dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *documento fiscale (scontrino, ricevuta, fattura, bonifico bancario o altro) rilasciato dalla*



società, associazione, gruppo culturale o altro recante il nominativo del figlio del Socio per il quale il sussidio è richiesto;

- ✓ *il certificato di iscrizione alla Scuola Media Superiore del figlio per il quale il sussidio è stato richiesto .*

Il Socio deve consentire eventuali controlli disposti dalla *Mutua* e fornire alla stessa ogni informazione relativamente alla richiesta di liquidazione del sussidio.

In caso di morte del beneficiario gli eredi sottoscriveranno il modulo di richiesta sussidio, allegando il certificato di morte e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dei legittimi eredi con indicazione delle modalità di rimborso.

ART. 7 – DEFINIZIONE DI ESERCENTE CONVENZIONATO

Per “esercente convenzionato” si intendono tutti i Soci, Clienti e potenziali Clienti della Banca di Credito Cooperativo Socio Sostenitore della *Mutua*, titolari di aziende esercenti attività di commercio al minuto e all'ingrosso, artigiani, operatori del settore primario e terziario che hanno sottoscritto apposita convenzione con la *Mutua*.

Con l'accordo stipulato tra “esercente convenzionato” e *Mutua*, il Socio della *Mutua* beneficia di un trattamento di favore negli acquisti e nei servizi erogati dalle aziende convenzionate, oltre a poter richiedere l'eventuale liquidazione per i sussidi indicati nell'art. 2 del presente regolamento.

ART. 8 - GESTIONE MUTUALISTICA

Alla fine di ogni anno sociale, in base alle risultanze di bilancio e all'andamento complessivo delle erogazioni per sussidi alla famiglia il Consiglio di Amministrazione della *Mutua* apporterà variazioni alle condizioni previste nel presente Regolamento. Le variazioni possono riguardare sia l'importo dei sussidi che le condizioni di accesso ai medesimi da parte degli Associati. Dette variazioni saranno attuate con l'inizio dell'esercizio successivo. La comunicazione delle predette variazioni avviene entro e non oltre il 15 dicembre di ciascun anno.

Il Socio che durante l'anno ha ottenuto dei rimborsi da parte della *Mutua* è obbligato a rimanere iscritto alla stessa per l'anno in corso e quello successivo.

ART. 9 - DISPOSIZIONI ESECUTIVE

Il Socio è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del presente regolamento emanate dal Consiglio di Amministrazione della *Mutua* e portate a conoscenza del Socio.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione alla *Mutua*, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

ART. 10 - DISPOSIZIONI FINALI



Per quanto non previsto nel testo di questo Regolamento, troveranno applicazione le norme del Codice Civile.

Il Consiglio di Amministrazione in data 8 agosto 2016 ha dichiarato:

“Per il solo esercizio sociale 2016, il sussidio spetterà a partire dal momento dell'adesione alla compagine sociale, in deroga a quanto previsto dal precedente articolo 4. Sempre per il solo esercizio 2016, stante quanto previsto dall'articolo 5, non sarà necessario che gli acquisti siano effettuati presso strutture convenzionate”.

Il Consiglio di Amministrazione in data 16 ottobre 2017 ha dichiarato esteso all'anno 2017 la decisione del 8 agosto 2016.

Regolamento in vigore dal 1 settembre 2016.

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 25 marzo 2016.

**REGOLAMENTO SUSSIDI UNIVERSITARI,
PER ATTIVITÀ SPORTIVE O CULTURALI EXTRASCOLASTICHE**

ART. 1 – SUSSIDIO UNIVERSITARIO – NOZIONE GENERALE

Sono istituiti i sussidi per l'iscrizione all'Università, rivolti a Soci di età compresa tra i 18 e i 35 anni compiuti. Tali Sussidi si devono intendere come erogazione una tantum, secondo i massimali specificamente indicati per ciascuna tipologia.

Sussidi universitari

Denominazione	Contributo	Requisiti
Primo anno di laurea triennale	€ 100,00	Iscrizione alla Mutua da almeno 6 mesi, certificato di iscrizione in carta semplice
Primo anno di laurea specialistica	€ 100,00	idem

ART. 2 – SUSSIDIO UNIVERSITARIO

I sussidi per l'iscrizione all'Università saranno erogati stanti i requisiti che seguono:

- presentazione di un documento di iscrizione all'Università. E' fatta salva la possibilità per il Consiglio di Amministrazione di chiedere documentazione integrativa e informazioni supplementari al richiedente, o alla stessa Università. Comportamenti ostantivi possono comportare il rifiuto della richiesta di sussidio;
- adesione del Socio stesso alla Mutua da almeno 6 mesi.



ART. 3 – SUSSIDI PER ATTIVITÀ SPORTIVA O CULTURALE EXTRASCOLASTICA – NOZIONE GENERALE

Sono istituiti i sussidi per attività sportive e culturali, rivolti a Soci maggiorenni e figli di Soci di età compresa tra i 6 e i 18 anni.

I sussidi si devono intendere come erogazione una tantum, pari a € 40,00 per Socio o figlio di Socio, e con un massimale di € 80,00 per nucleo familiare, indipendentemente dal numero di Soci appartenenti allo stesso, ogni biennio di appartenenza alla *Mutua* (ventiquattro mesi).

I due sussidi si devono intendere come alternativi l'un l'altro; il massimale per ogni Socio o figlio di Socio è pari a € 40,00 a biennio.

Non saranno in ogni caso concesse erogazioni o rimborsi in relazione a Corsi realizzati dalla BANCA DI CHERASCO, o dalla *Mutua* direttamente o per mezzo di intermediari.

ART. 4 – SUSSIDIO SPORTIVO

I sussidi per attività sportiva saranno erogati stanti i requisiti che seguono:

- presentazione di un documento di iscrizione ad associazione sportiva per l'anno sociale in corso. E' fatta salva la possibilità per il Consiglio di Amministrazione di chiedere documentazione integrativa e informazioni supplementari al richiedente, o alla stessa associazione. Comportamenti ostativi possono comportare il rifiuto della richiesta di sussidio;
- adesione del genitore o del Socio stesso alla *Mutua* da almeno 6 mesi;
- in caso di figlio minore, registrazione dello stesso nel database della *Mutua*.

ART. 5 – SUSSIDIO CULTURALE

I sussidi per attività culturale saranno erogati stanti i requisiti che seguono:

- presentazione di un documento di iscrizione a corsi di musica, studio esterno all'attività scolastica ordinaria, approfondimento culturale, a pagamento o meno, di durata almeno trimestrale. E' fatta salva la possibilità per il Consiglio di Amministrazione di chiedere documentazione integrativa e informazioni supplementari al richiedente, o alla stessa associazione. Comportamenti ostativi possono comportare il rifiuto della richiesta di sussidio;
- adesione del genitore o del Socio stesso alla *Mutua* da almeno 6 mesi;
- in caso di figlio minore, registrazione dello stesso nel database della *Mutua*.

ART. 6 – TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE



Al fine della determinazione dei termini per la presentazione dei sussidi di cui ai precedenti articoli:

- viene definita come data ultima per il periodo di iscrizione agli istituti scolastici e universitari, ove questa non sia deducibile dalla documentazione consegnata, il 31/12 del primo anno scolastico od accademico;
- viene definito come termine perentorio di consegna per le richieste di sussidio scolastico ed universitario il 90 giorno successivo alla data di presentazione, o, ove questo non sia deducibile dalla documentazione consegnata, comunque il 30/3 del secondo anno scolastico od accademico.

Trascorsi questi termini il sussidio non è più erogabile.

ART. 7 – GESTIONE MUTUALISTICA

Alla fine di ogni anno sociale, in base alle risultanze di bilancio e all'andamento complessivo delle erogazioni relative ai sussidi istituiti con il presente regolamento, il Consiglio di Amministrazione della *Mutua* apporterà variazioni alle condizioni previste. Le variazioni possono riguardare sia l'importo dei sussidi che le condizioni di accesso ai medesimi da parte degli Associati. Dette variazioni saranno attuate con l'inizio dell'esercizio successivo. La comunicazione delle predette variazioni avviene entro e non oltre il 15 dicembre di ciascun anno.

Il Socio che durante l'anno ha ottenuto dei rimborsi da parte della *Mutua* è obbligato a rimanere iscritto alla stessa per l'anno in corso e quello successivo.

ART. 8 – DISPOSIZIONI ESECUTIVE

Il Socio è tenuto ad osservare le norme di funzionamento e le disposizioni di attuazione del presente regolamento emanate dal Consiglio di Amministrazione della *Mutua* e portate a conoscenza del Socio.

Il Socio, con la sottoscrizione della domanda di ammissione alla *Mutua*, si impegna all'osservanza delle presenti norme regolamentari.

ART. 9 – DISPOSIZIONI FINALI

Per quanto non previsto nel testo di questo Regolamento, troveranno applicazione le norme del Codice Civile.

Il Consiglio di Amministrazione in data 8 agosto 2016 ha dichiarato:

"Per il solo esercizio sociale 2016, i sussidi di cui agli articoli 1 e 3 spetteranno a partire dal momento dell'adesione alla compagine sociale, in deroga ai periodi di carenza previsti dai precedenti articoli 2, 4 e 5."

Il Consiglio di Amministrazione in data 16 ottobre 2017 ha dichiarato esteso all'anno 2017 la decisione del 8 agosto 2016.



Regolamento in vigore dal 1° settembre 2016.

Approvato dal Consiglio di Amministrazione in data 25 marzo 2016.

Modificato dal Consiglio di Amministrazione in data 27 marzo 2024 (art. 3, Regolamento sussidi universitari, per attività sportive o culturali extrascolastiche)