

## **B) PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA RISERVATA AI SOCI COOP**

### **REGOLAMENTO**

#### **1) Rimborso ticket**

1.1) E' previsto un **rimborso pari all'80% dei ticket** (salvo i limiti di cui al successivo punto 3) pagati alle ASL, alle Aziende Ospedaliere o alle strutture sanitarie private accreditate dalle Regioni per:

- esami di laboratorio (esami del sangue, urine, ecc.)
- diagnostica strumentale (radiografie, ecografie, TAC, risonanza magnetica, moc, scintigrafie, elettrocardiogramma di tutti i generi, ecocardiogramma, elettroencefalogramma, elettromiografia, endoscopie varie, doppler, ecc.)
- visite specialistiche
- interventi ambulatoriali eseguiti da un medico
- pronto soccorso

#### **1.2) Rimborsi**

Gli associati possono richiedere il rimborso **inviando alla Mutua la ricevuta di pagamento** da cui risulti che si tratta di ticket. La ricevuta deve inoltre indicare il tipo di prestazione effettuata (ad esempio esami di laboratorio o elettrocardiogramma o visita...). Per ogni richiesta deve sempre essere allegata copia della **prescrizione medica** con l'indicazione dettagliata degli esami da eseguire (è indispensabile fare la fotocopia della prescrizione prima di consegnarla all'ente che deve eseguire la prestazione). La prescrizione dovrà inoltre contenere la **diagnosi accertata o presunta o la sintomatologia** per cui vengono richiesti gli esami e le visite. Non sono ritenute valide come diagnosi diciture del tipo "controllo", "accertamenti", "prevenzione" e simili, se non accompagnate da ulteriore specifica.

#### **2) Sussidio di Ricovero**

2.1) In caso di malattia, infortunio o parto è previsto un sussidio di **25 € per ogni giorno di ricovero ospedaliero** (salvo i limiti di cui al successivo punto 3). Il giorno di ingresso e quello delle dimissioni verranno computati, ad ogni effetto, come una sola giornata di degenza.

#### **2.2) Day - hospital**

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

Ogni ricovero in day-hospital prevede un sussidio di 25,00 euro.

#### **2.3) Sussidio post ricovero**

Nel caso in cui l'associato necessiti di **assistenza socio - sanitaria e/o di assistenza infermieristica** nei dieci giorni successivi alle dimissioni di cui ai punti 2.1 e 2.2, è previsto un sussidio di 25,00 euro per ogni giorno in cui sia stata effettivamente prestata l'assistenza. Il sussidio è erogabile soltanto nel caso in cui la prestazione assistenziale sia stata fornita da operatori sanitari specializzati delle cooperative sociali convenzionate con la Mutua o da altri enti convenzionati con la Mutua

2.4) Il sussidio di post-ricovero è erogabile per i seguenti interventi sanitari effettuati presso il domicilio del socio: assistenza infermieristica e/o specializzata per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici, fisioterapia, riabilitazione. Le prestazioni devono essere prescritte dall'ente ospedaliero al momento delle dimissioni o dal medico curante.

#### **2.5) Richiesta di sussidio**

Per ottenere il sussidio, al termine di ogni ricovero, l'associato dovrà inviare alla Mutua il certificato di degenza o lettera di dimissioni dell'ospedale o della clinica con evidenziati la data di ricovero, quella di dimissione, nonché la diagnosi medica circostanziata.

Per ottenere il sussidio di cui al punto 2.3 l'associato dovrà inviare alla Mutua copia della fattura rilasciata

dal soggetto che ha fornito le prestazioni in cui siano indicate in maniera dettagliata le assistenze fornite e i giorni in cui sono avvenuti gli interventi.

## **2.6) Istituti autorizzati**

E' assistibile il ricovero in ospedale, clinica, istituto universitario o casa di cura autorizzato dalle competenti autorità all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche con prevalenti finalità dietologiche e/o estetiche.

2.7) Il sussidio di ricovero può essere richiesto per ospedalizzazioni avvenute sia in Italia che all'estero.

## **2.8) Assistibilità**

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

## **3) ESCLUSIONI**

**3.1) Gli associati non possono essere assistiti dalla Mutua per le malattie, nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste eziopatogenicamente rapportabili, preesistenti alla data della loro iscrizione.**

Lo stato di sieropositività HIV al momento dell'iscrizione a Mutua esclude ogni assistenza anche all'insorgere in forma conclamata di AIDS.

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

### **3.2) Sono sempre escluse:**

- le malattie nervose e/o mentali;
- le malattie congenite;
- le malattie e/o gli infortuni provocati da fatti colposi di terzi, salvo il caso in cui sia accertata la irreperibilità e/o non solvibilità del terzo responsabile;
- le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni.
- le prestazioni eseguite ad esclusivo scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up);
- le cure estetiche;
- le malattie e/o gli infortuni derivanti da risse ed ubriachezza, da maneggio di armi o da manifesta imprudenza,
- le malattie e/o gli infortuni occorsi nello svolgimento di competizioni sportive agonistiche;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni di nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, atti di terrorismo, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche.

**3.3) Non sono rimborsabili**, le cure e le visite dentistiche (sono invece comprese le indagini di tipo diagnostico), le terapie farmacologiche, ogni tipo di vaccinazione, l'applicazione di spirali, gli accertamenti e le cure contro la sterilità, le indagini diagnostiche pre maternità e pre paternità, le visite psicologiche e psichiatriche, le visite medico sportive, le iniezioni e altre prestazioni infermieristiche, le cure termali e le terapie fisiche (come fisiokinesiterapia, inofresi, iontoforesi, ultrasuoni, marconiterapia, radar, forni, elettrostimolazioni, massoterapia, ginnastica, magnetoterapia, fitoterapia, tens, rebox, laser, manipolazioni e altre prestazioni analoghe).

## **4) Servizi da Centrale telefonica**

### **4.1) Struttura operativa**

I servizi sono prestati da IMA Servizi srl con una struttura costituita da medici, tecnici e operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che eroga le prestazioni di seguito specificate.

### **4.2) Consulenza medica telefonica**

Qualora l'Associato necessiti di valutare il proprio stato di salute, potrà contattare 24h24 i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

### **4.3) Invio di un medico in Italia**

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica (vedi prestazione 4.2), l'Associato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Associato in autoambulanza nel centro medico idoneo più

vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi per un massimo di 3 volte all'anno.

#### **4.4) Invio di autoambulanza**

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza Medica (vedi prestazione 4.2), l'Associato necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Associato nel centro medico più vicino. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico i costi del percorso complessivo (andata/ritorno). La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

#### **4.5) Invio medicinali**

Qualora l'Associato, a seguito di sinistro, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purchè commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Associato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

#### **4.6) Ricerca infermiere in Italia**

Qualora a seguito di infortunio e/o malattia, l'Associato, necessiti di essere assistito da personale specializzato (infermieristico o assistenziale), la Struttura Organizzativa provvederà alla loro ricerca. La disponibilità del personale specializzato è garantita 24h24 ed i relativi costi restano a carico dell'Associato.

La prestazione viene fornita con un preavviso di 24 ore e per un massimo di 3 volte all'anno.

#### **4.7) Servizio spesa a casa in Italia**

Qualora l'Associato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di infortunio indennizzabile, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare la consegna presso la sua abitazione di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana. Rimangono a carico dell'Associato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

#### **4.8) Trasferimento sanitario**

Qualora l'Associato, ricoverato presso un centro ospedaliero a seguito di infortunio o malattia, debba essere necessariamente trasferito, d'intesa fra il medico curante ed i medici della Struttura Organizzativa, presso:

- Centri Ospedalieri idonei a garantirgli le cure specifiche del caso o
- Centri Ospedalieri più vicini alla sua abitazione o
- presso la sua abitazione,

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

- aereo sanitario appositamente equipaggiato;
- l'aereo di linea (anche barellato);
- l'ambulanza;
- il treno.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi Europei.

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

La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

#### **4.9) Monitoraggio del ricovero ospedaliero**

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Associato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

#### **4.10) Assistenza ai familiari**

Nel caso di ricovero ospedaliero o di trasferimento sanitario dell'Associato e qualora gli altri familiari associati intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le

spese di pernottamento in loco e prima colazione per gli associati, per una durata massima di due notti e fino ad un importo massimo di € 210,00 (Iva inclusa) per evento.

#### **4.11) Viaggio di un familiare**

In caso di ricovero ospedaliero dell'Associato a seguito di infortunio o malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

#### **4.12) Recapito messaggi urgenti**

Qualora l'Associato, a seguito di infortunio o malattia, in caso di necessità sia oggettivamente impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a familiari residenti in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà all'inoltro di tali messaggi. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

#### **4.13) Rientro anticipato**

Qualora l'Associato in viaggio debba ritornare anticipatamente alla propria residenza per l'avvenuto decesso di: coniuge, genitori, figli, fratelli e sorelle, suoceri, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio di rientro fino al luogo della residenza in Italia, mettendo a disposizione dell'Associato un biglietto di viaggio in treno (1° classe) o qualora il viaggio in treno superi le sei ore in aereo (classe economica). Resta salva ed impregiudicata la facoltà della Struttura Organizzativa di richiedere all'Associato la documentazione comprovante il sinistro che ha dato luogo alla prestazione. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

#### **4.14) Informazioni sanitarie e farmaceutiche**

(Servizio attivo dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

L'Associato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa:

- indirizzi di ospedali, cliniche, centri specializzati del capoluogo/regione di residenza dell'Associato;
- indirizzi degli uffici competenti per l'espletamento di pratiche e richiesta di documenti;
- informazioni per l'assistenza sanitaria all'estero, paesi UE ed extra UE.

Potrà richiedere inoltre alla Struttura Organizzativa, per i medicinali commercializzati in Italia, informazioni su:

- loro composizione;
- equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio;
- posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;
- eventuali controindicazioni.

#### **4.15) Informazioni di medicina tropicale**

(Servizio attivo dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

L'Associato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa informazioni relative al paese della fascia tropicale nel quale intende recarsi quali:

- vaccinazioni richieste;
- rischi sanitari;
- alimentazione e bevande;
- farmaci utili in viaggio;
- clima e temperature;
- servizi sanitari in loco.

#### **4.16) Segnalazione Centri diagnostici privati**

(Servizio attivo dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

Qualora l'Associato debba sottoporsi ad un accertamento o visita diagnostica, telefonando alla Struttura Organizzativa potrà ottenere ogni informazione sulle strutture sanitarie in Italia.

#### **4.17) Segnalazione Centri Specialistici**

(Servizio attivo dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

Qualora l'Associato debba sottoporsi ad intervento chirurgico, potrà ottenere ogni informazione telefonando alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individua e segnala un centro ospedaliero attrezzato in Italia o all'estero.

#### **4.18) ESCLUSIONI E LIMITAZIONI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI COMPRESSE NEL CAPITOLO "SERVIZI DA CENTRALE TELEFONICA"**

1. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
  - a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
  - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
  - c) dolo dell'Associato;
  - d) suicidio o tentato suicidio;
  - e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
  - f) malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;
  - g) infortuni avvenuti anteriormente alla data di decorrenza della copertura;
  - h) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
  - i) le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
2. Qualora l'Associato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
3. La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.
4. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 Cod.Civ..
5. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Associato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
6. L'Associato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.
7. La durata massima della copertura per ogni periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità della garanzia è di 60 giorni.

#### **5) Tesserino**

Ad ogni aderente sarà fornita una tessera individuale, emessa dalla mutua di appartenenza, che consente di **accedere, in forma privata, ad una vasta rete di strutture sanitarie convenzionate a condizioni agevolate** (sconti tariffari e altre agevolazioni) il cui elenco viene consegnato all'associato. La versione aggiornata è scaricabile dal sito [www.fimiv.it](http://www.fimiv.it). Informazioni sulle strutture convenzionate possono essere richieste al numero verde di IMA (vedi capitolo successivo "Servizi da Centrale Telefonica").

Si precisa che le prestazioni sanitarie effettuate in forma privata non sono comunque rimborsabili agli aderenti a questa forma assistenziale.

### **Eventi particolari**

#### **6) Neonati**

Il neonato, componente di un nucleo familiare già iscritto alla Mutua, ha diritto gratuitamente all'assistenza prevista da questo regolamento dal momento della sua iscrizione fino al 31 dicembre dell'anno di nascita.

#### **7) Sostegno alla perdita dell'autosufficienza**

7.1) In caso di sopravvenuto stato di non autosufficienza, i soci, iscritti da almeno cinque anni, potranno usufruire di un sussidio straordinario denominato "sostegno alla perdita dell'autosufficienza".

7.2) Il sussidio è erogabile in caso di impossibilità fisica, totale, permanente e clinicamente accertata, di poter compiere in maniera autosufficiente almeno tre dei sei seguenti atti elementari del vivere

quotidiano: nutrirsi, lavarsi, vestirsi e svestirsi, essere continenti, usare correttamente i servizi igienici, spostarsi.

7.3) Lo stato di non autosufficienza può essere causato da infortunio, malattia o senescenza, ivi compreso il morbo di Alzheimer e tutte le altre forme di demenza senile che causano la perdita irreversibile delle capacità mentali.

7.4) Per ottenere il sussidio i familiari del socio devono farne richiesta alla Mutua inviando un certificato del medico curante che attesti la perdita della capacità di svolgere autonomamente almeno tre dei citati atti elementari del vivere quotidiano, specificando l'origine accidentale o patologica dell'affezione che ha causato la perdita dell'autosufficienza.

7.5) La Mutua si riserva la possibilità di effettuare una visita fiscale con un proprio medico di fiducia.

7.6) Al momento della richiesta di sussidio, lo stato di non autosufficienza, come sopra precisato, deve essersi manifestato da almeno sei mesi.

7.7) Il sussidio è erogabile una tantum ed esclusivamente al suo primo insorgere.

7.8) Il sussidio erogabile per singolo caso è di 2.500 euro.

## 8) Decessi

In caso di decesso del socio coop iscritto, l'assistenza in atto per gli altri familiari viene rinnovata per tutto l'anno successivo con uno sconto del 50% sul costo di adesione.

## Norme generali

### 9) ADESIONI

9.1) In base all'accordo sottoscritto da Coop Italia e Mu.Sa, i soci di Coop possono richiedere l'adesione alla Mutua territorialmente competente, usufruendo dell'assistenza descritta nel presente regolamento.

L'adesione è riservata ai **soci di Coop che non abbiano ancora compiuto il 61° anno di età.**

9.2) L'iscrizione può essere estesa anche ai familiari dei soci: in questo caso è obbligatoria l'adesione dell'intero nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia con l'esclusione di chi ha superato i limiti di età di cui sopra. Alla completa adesione del nucleo familiare è possibile derogare per quei componenti già coperti da documentate garanzie sanitarie integrative. Nel caso di iscrizione dei familiari, alla domanda di adesione dovrà essere allegato lo stato di famiglia o un'autocertificazione che attesti la composizione del nucleo familiare.

**9.3) Dopo l'iscrizione non esistono limiti di età per usufruire delle assistenze a cui il socio è iscritto.**

### 10) DECORRENZE

#### 10.1) ISCRIZIONI

L'iscrizione alla Mutua avrà validità dal primo giorno del mese successivo alla consegna o spedizione alla Segreteria della Mutua della seguente documentazione:

- **domanda di ammissione e liberatoria ai sensi del d.lgs 196/2003** (legge sulla privacy) sottoscritte da tutti i maggiorenni che richiedono l'iscrizione;
- **ricevuta unica di versamento della tassa di ammissione e dei contributi sociali;**
- **stato di famiglia o autocertificazione** per chi aderisce con il nucleo familiare;
- a discrezione della Mutua può essere richiesta la compilazione di un **questionario anamnestico** relativo a ciascuna persona indicata nel modulo di adesione

#### 10.2) EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'assistenza decorre in caso di infortunio (avvenuto dopo la data di validità dell'iscrizione) dalle ore 24,00 del giorno di iscrizione, negli altri casi **la copertura sanitaria da parte della Mutua riguarda le prestazioni sanitarie usufruite dopo il trentesimo giorno dalla validità dell'iscrizione.**

### 11) COSTI DI ADESIONE E RINNOVI

11.1) Per aderire alla Mutua ed usufruire delle assistenze previste dal presente regolamento, ogni persona dovrà versare le quote previste dall'allegato A.

Deve essere effettuato un **unico versamento** comprensivo, per il primo anno, della tassa di ammissione e dei contributi.

11.2) I Soci che aderiranno alla Mutua **durante l'anno verseranno i contributi sociali in misura corrispondente a tanti dodicesimi quanti sono i mesi che separano il momento dell'iscrizione al 31 dicembre.**

11.6) I contributi in caso di rinnovo devono essere versati, in via anticipata, entro il 31 gennaio di ogni anno. E' ammesso anche il versamento in due rate uguali con le seguenti scadenze: prima rata 31 gennaio, seconda rata 30 giugno. **Nel caso di rinnovo il socio Coop si rapporta direttamente alla Mutua.**

11.3) Non provvedendo al pagamento entro il periodo indicato, i diritti del Socio resteranno sospesi e potranno essere riacquistati mediante il pagamento delle rate scadute e dopo una carenza di 30 giorni dalla data del pagamento. Nel caso in cui la morosità superasse i quattro mesi, il Socio potrà riacquistare i propri diritti dopo tre mesi dalla data del pagamento.

11.4) Il mancato pagamento dei contributi sociali è causa di decadenza automatica al termine di ogni anno. La sospensione del pagamento non libera il Socio dall'obbligo del saldo dei contributi annuali.

## **12) ADESIONI SUCCESSIVE DI FAMILIARI**

I soci di Coop che sono iscritti singolarmente, potranno chiedere l'allargamento dell'adesione per il proprio nucleo familiare solo **con decorrenza 1° gennaio** di ogni anno successivo. E' possibile l'adesione in corso d'anno solo per i familiari acquisiti in seguito a matrimonio e per i neonati:

- **MATRIMONIO.** La domanda di adesione deve essere presentata **entro 30 giorni dal matrimonio**. La decorrenza delle prestazioni e il calcolo del rateo dei contributi avverrà con il primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda.
- **NEONATI.** Per i neonati facenti parte di nuclei familiari già aderenti a Mutua, il diritto all'assistenza è **garantito dal giorno della nascita purché ne venga richiesta l'iscrizione entro 30 giorni**.

## **13) RECESSO**

Il socio può recedere dalla Mutua dandone comunicazione al Consiglio di Amministrazione, a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento, **entro e non oltre il 31 ottobre di ogni anno** a valere per l'anno successivo. **Se il socio non esercita la facoltà del recesso, la sua iscrizione si intende tacitamente rinnovata di anno in anno.**

## **14) RIMBORSI E SUSSIDI**

14.1) I rimborsi e i sussidi previsti dal presente Regolamento vanno richiesti alla Mutua di competenza tramite posta o fax o posta elettronica. Le liquidazioni avverranno con bonifico bancario sul c/c dell'associato **entro un massimo di 60 giorni** dal ricevimento della documentazione completa.

**14.2) Il diritto a richiedere i rimborsi e i sussidi si prescrive decorsi 90 giorni** dalla data in cui sono state effettuate le prestazioni.

## **15) DOCUMENTAZIONE**

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

## **16) MODIFICHE DEL REGOLAMENTO e STATUTO**

Ogni variazione del presente regolamento sarà per tempo comunicata ai soci.

Tutto quanto non espressamente richiamato nel presente regolamento, è disciplinato dallo statuto sociale di Mutua.

## **17) VALIDITA'**

Il presente Regolamento **entra in vigore il 1° gennaio 2012.**

**COSTI DI ADESIONE E RINNOVI**

Per aderire alla Mutua ed usufruire delle assistenze previste dal presente regolamento, ogni persona dovrà versare:

Una **tassa di ammissione (una tantum) di 10,00 Euro.**

**I contributi sociali annuali** (fiscalmente detraibili a norma di legge) nelle seguenti misure:

	<b>Aderente fino al compimento del 61° anno di età</b>	<b>Contributo suddiviso mensilmente</b>
Primo iscritto o iscritto singolo	126,00 €	10,50 €
Coniuge o convivente	108,00 €	9,00 €
Figlio o affiliato	78,00 €	6,50 €
Aderente età inferiore 14 anni	12,00 €	1,00 €

Deve essere effettuato un **unico versamento** comprensivo, per il primo anno, della tassa di ammissione e dei contributi.

La classe contributiva di ingresso non cambia con il mutare dell'età.