Società Generale di Mutuo Soccorso



REGOLAMENTO DEI SUSSIDI AGLEA SALUS

AFAC BASE

2027

Glossario

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

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute, non dipendente da Infortunio, a carattere evolutivo, che necessiti di prestazioni diagnostiche e trattamenti terapeutici. In particolare, per Malattia improvvisa deve intendersi la Malattia di acuta insorgenza e rapido sviluppo di cui l'Associato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Associato.
Malattia mentale: tutte le patologie mentali e del comportamento (quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, etc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).
Malattie Oncologiche: le neoplasie maligne a carattere invasivo comprovate da referto istopatologico; i tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale; le neoplasie linfomieloproliferative del sangue o del midollo emopoietico.
Malformazione/Difetto fisico: la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o acquisite durante lo sviluppo fisiologico.
Massimale: la somma massima che la Aglea Salus si impegna a risarcire a titolo di liquidazione dell'evento secondo le condizioni stabilite nel presente regolamento. Il massimale si intende quale limite globale di assistenza, per anno.
Medicina alternativa o complementare/Medicina non ufficiale: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, ossigenoterapia medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.
Nucleo Familiare: omissis
Piano di cura: l'insieme di prestazioni odontoiatriche ritenute necessarie dal medico dentista per il raggiungimento di un buono stato di salute dei denti.
Pronto soccorso: è un'unità operativa dell'ospedale pubblico appartenente al Sistema Sanitario Nazionale.
Rette di degenza: il trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, comportante il pernotto, sia ordinaria che intensiva.
Ricovero: la degenza dell'Associato in Istituto di cura, pubblico o privato, che comporti almeno un pernottamento.
Scheda anamnestica dentaria: documento redatto dal dentista che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Associato.
Scoperto: la quota parte del danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Associato.
Second Opinion: il parere medico complementare da parte di uno specialista, con eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.
Società / Impresa: Aglea Salus
Strutture Mediche Convenzionate (Network): l'insieme degli Istituti di cura, ambulatori medici, centri diagnostici, centri odontoiatrici, dentisti, équipe e medici convenzionati con Aglea Salus e/o Ipazia Service Srl che forniscono le prestazioni all'Associato, il cui costo viene sostenuto da Aglea Salus, in nome e per conto dell'Associato medesimo ("pagamento diretto"), nei limiti ed in conformità a quanto previsto ai sensi del Regolamento.
Strutture Mediche non Convenzionate: l'insieme degli Istituti di cura, ambulatori medici, centri diagnostici, centri odontoiatrici, dentisti, équipe e medici non convenzionati con Aglea Salus e/o Ipazia Service Srl che forniscono le prestazioni all'Associato.
Struttura Organizzativa: il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature, presidi o dotazioni centralizzati o meno e la rete di fornitori esterni convenzionati di Ipazia Service S.r.l. e/o Europ Assistance in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede per conto di Aglea Salus e/o Ipazia Service Srl a garantire il contatto telefonico con l'Associato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare le prestazioni di Assistenza.
Sussidio: la copertura sanitaria sottoscritta con AGLEA SALUS.
Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate e fatturate esclusivamente presso Istituti di Cura, Centri Medici e medici specialisti regolarmente iscritti all'Albo, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili ai sensi del presente regolamento. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica. Ogni ciclo di Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi deve essere prescritto da medico specialista la cui specializzazione sia congrua con la patologia certificata.
Visita specialistica: la visita che viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative.

Norme Generali che Regolano il Sussidio

Il presente Regolamento individua le prestazioni previste in favore del socio. Il Regolamento è redatto con l'intento di fornire ai soci uno strumento di consultazione rapido e una guida all'utilizzo del Sussidio. Vuole inoltre aiutare il socio e gli aventi diritto, all'utilizzo delle garanzie guidandoli dal momento della prima denuncia di un evento fino all'erogazione del sussidio. I dati riportati nel presente regolamento rappresentano i punti salienti delle forme di assistenza e costituiscono elemento vincolante, al fine della garanzia, eventualmente integrata dal testo di Convenzione separatamente sottoscritto. Il nostro obiettivo è di fornire al Socio un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della sua collaborazione. All'interno della guida si troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire per utilizzare al meglio il sussidio sottoscritto.
La Società Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus eroga la presente prestazione sanitaria sulla base di una o più convenzioni stipulate con primarie Compagnie di Assicurazione. Qualora l'Assistito sia beneficiario di più Sussidi che prevedano, in tutto o in parte, le medesime garanzie, la Aglea Salus provvede al rimborso/indennizzo di spese e/o indennità, del maggior importo dovuto dalla Aglea Salus per uno solo dei Sussidi sottoscritti per la specifica garanzia.
Per ulteriori informazioni ed eventuali chiarimenti, i Soci possono rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti di Aglea Salus:

Mail: backoffice@agleasalus.it
Numero Verde: 800.58.77.99
Da Telefono Cellulare: 0774.640212
Fax: 06.89184300

Art. 1 - Informazioni generali

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 1.2 - Conclusione del contratto - Decorrenza del Sussidio – Versamento del contributo della Copertura Sanitaria e quote associative

La domanda di adesione si ritiene conclusa nel momento in cui sia debitamente sottoscritta dal Contraente e sia stata valutata positivamente con apposita delibera del Consiglio di Amministrazione (CdA) della Aglea Salus. La copertura sottoscritta ha effetto dalle 24:00 del giorno di delibera del CdA, che sono già prestabiliti nei giorni 5-15-25 di ciascun mese dell'anno, se il Contributo o la prima rata di esso sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle 24:00 del giorno del versamento dei contributi. Il Contributo è sempre determinato per periodi di un anno (12 mesi) ed è interamente dovuto dal Contraente, anche qualora ne sia stato convenuto il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale.
1**) Il versamento del Contributo e delle quote associative può essere effettuato solo nelle seguenti modalità:**

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

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

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

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

- Trimestrale;
- Semestrale;
- Annuale.

In caso di frazionamento del contributo è preferibile scegliere l'addebito sul proprio conto corrente con sistema SEPA DEBIT CORE - SDD (RID) evitando la sospensione delle garanzie.
Nel caso sia stato scelto di versare il contributo tramite assegno, questo viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del versamento del titolo. L'assegno, sia esso circolare o bancario, deve essere intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus e munito della clausola di non trasferibilità. In caso di mancato versamento del Contributo o delle rate successive del Contributo, secondo le modalità sopra indicate, la copertura oggetto del presente Regolamento sarà automaticamente sospesa dalle 24:00 del 15° giorno successivo alla scadenza dell'ultima rata non versata. Il versamento del Contributo o delle rate del Contributo non corrisposte potrà avvenire prima che si sia verificata la risoluzione di diritto dell'Adesione alla Aglea Salus ovvero entro il 180° giorno dal primo insoluto, restando inteso che durante il periodo di morosità le richieste di rimborso non saranno liquidabili; la riattivazione del sussidio avrà efficacia dalle ore 24:00 del giorno di delibera prestabilito e del relativo versamento (di tutte le rate di Contributo non corrisposte) e, in tal caso, rimarranno ferme le successive scadenze del versamento dei contributi.

Art. 1.3 - Adeguamento del Contributo

Il Contributo annuale previsto per ciascun Associato potrà essere adeguato previa comunicazione all'assistito entro 60 giorni antecedenti la scadenza annuale della Copertura al fine di mantenere un equilibrio tra i partecipanti alla mutua.

Art. 1.4 - Durata e proroga del Sussidio

Il presente piano sanitario ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo.
In assenza di disdetta inviata dal Contraente o dalla Società (in quest'ultimo caso nei soli episodi di morosità superiore a sei mesi o comportamenti scorretti e/o manifestatamente in conflitto con la Società) il Sussidio si rinnova tacitamente e la copertura è prorogata per la durata di un anno e così successivamente nel rispetto dei limiti di età dell'Associato. Eventuale recesso da parte del solo Beneficiario della Copertura dovrà essere inviato mediante lettera raccomandata a/r e spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale della data di decorrenza indicata nella lettera di benvenuto. L'eventuale recesso dovrà essere inviato a: Aglea Salus Società generale di mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM) oppure agleasalus@legalmail.it.

Art. 1.4.2 - Validità del Sussidio in Convenzione

Qualora il presente Sussidio ed il relativo contributo aggiuntivo operino in regime di Convenzione, la validità di quest'ultima costituisce conditio sine qua non della validità del Sussidio stesso.
Pertanto, la cessazione per qualsiasi ragione, della Convenzione sottostante, determinerà automaticamente la cessazione o negoziazione del presente sussidio alla sua prima scadenza annuale.

Art. 1.5 - Foro competente e procedimento di negoziazione assistita

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

Art. 1.6 - Modifiche del Regolamento del Sussidio

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

Art. 1.7 - Aggravamento e diminuzione del rischio

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

Art. 2 - Precisazioni e delimitazioni del Sussidio

Art. 2.1 - Persone garantite

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

È requisito fondamentale, per l'attivazione delle garanzie, che ciascun Associato abbia debitamente sottoscritto la c.d. "Dichiarazione alla Mutua" se ha già compiuto il 61° anno di età anteriormente alla data di adesione e delibera del CdA o se abbia già sofferto di malattie di rilievo o interventi chirurgici o se voglia beneficiare della copertura per le malattie pregresse dopo il 13° mese di decorrenza della copertura (fatta salva la facoltà di accoglimento da parte del CdA della Società).

Art. 2.2 - Nucleo Familiare

omissis

Art. 2.3 - Limiti di età

Sono associabili le persone fisiche che all'atto di adesione non abbiano compiuto l'80° anno di età, con obbligo di uscita alla scadenza anniversaria del sussidio una volta compiuto l'80° anno di età.

Art. 2.4 - Persone non associabili

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

Art. 2.5 - Efficacia delle garanzie - Termini di Carenza

Le garanzie decorrono:

1) Per gli Infortuni e le prestazioni di Assistenza H24 dalle 24:00 del giorno di efficacia del Sussidio;

2) per le Malattie improvvise (ovvero a decorso acuto), dalle 24:00 del 30° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio;

3) per le Malattie (non a decorso acuto) o gli esiti di Infortuni non conosciuti o diagnosticati all'Associato alla data di stipula del Sussidio ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente a tale data, dalle 24:00 del 180° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio;

4) per parto naturale o cesareo, dalle 24:00 del 300° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio;

5) per aborti o per Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle 24:00 del 30° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di stipula del contratto;

6) per le cure dentarie a seguito di Infortunio, dalle 24:00 del 30° giorno di efficacia del Sussidio;

7) per le cure dentarie non conseguenti a infortunio dalle 24:00 del 180° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio, salvo quanto diversamente indicato per ciascuna prestazione.
Qualora il presente Sussidio ne sostituisca un altro emesso da un'altra Società di Mutuo Soccorso, Cassa di Assistenza, Fondo Sanitario integrativo o Compagnia di Assicurazione e tra i due non vi sia soluzione di continuità ovvero senza alcuna interruzione della copertura, i termini di Carenza di cui sopra operano:
a) dal giorno di efficacia del precedente contratto sostituito, per le garanzie e le somme in esso già previste;
b) dal giorno di efficacia del presente contratto, limitatamente alle diverse garanzie e/o alle maggiori somme da quest'ultimo previste e non presenti o non coincidenti con il precedente contratto sostituito.
Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso della presente copertura, il termine di Carenza decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse prestazioni.
Si precisa che per ciascun Associato, i termini di Carenza avranno effetto a decorrere dalla data di inserimento in copertura dell'Associato stesso ovvero dal giorno in cui il Consiglio di Amministrazione delibera l'ammissione del Socio ed eventuali beneficiari alla Aglea Salus. Resta inteso che per ogni associato AFAC già beneficiario di una copertura sanitaria, al momento dell'adesione alla Aglea Salus, non verranno applicati i termini di aspettativa sopra indicati e le garanzie offerte nel presente regolamento opereranno senza soluzione di continuità.

Art. 2.6 - Estensione territoriale

Le garanzie del Sussidio, nei limiti stabiliti dalla copertura prescelta, sono valide in tutto il mondo, salvo espresse deroghe previste nelle singole garanzie. In ogni caso, i rimborsi e gli indennizzi spettanti saranno erogati in valuta avente corso legale in Italia.

Art. 2.7 - Esclusioni

Il Sussidio non sarà operante nei seguenti casi.

Art. 2.7.1 - Esclusioni Infortuni e Malattia

Ferme le fattispecie di non associabilità di cui all'art. 2.4, sono esclusi dalla presente copertura:
1) le spese e/o indennizzi derivanti da infortuni o conseguenti a Infortuni, quali:
a) azioni commesse dall'Associato stesso con dolo, autolesionismo in generale compreso l'abuso di farmaci o suicidio, tentato o consumato, atti di pura temerarietà, reati;
b) uso di aeromobili in genere (ad eccezione di quelli abilitati al trasporto pubblico di linea), di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendii, etc.) e sport aerei in genere;
c) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Associato, compiuti 18 anni, non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli Infortuni subiti dall'Associato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 3 mesi; il Sussidio è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del Sinistro stesso;
d) collaudo di qualsiasi mezzo di trasporto, sia pubblico che privato;
e) pratica, a qualunque titolo, di sport motoristici (quali automobilismo, motociclismo e motonautica) oppure di sport che prevedano la partecipazione dell'Associato a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
f) sport professionistici ovvero tutti gli sport costituenti per l'Associato attività professionale, principale o secondaria, o che comunque comportino una qualsiasi forma di remunerazione sia diretta che indiretta;
g) pratica, a qualunque titolo, di sport estremi quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, paracadutismo o skydiving, salto con l'elastico (bungee jumping), sci e snowboard estremi ed acrobatici, freestyle ski, helisnow, airboarding, kitewings, base jumping, canyoning o torrentismo, arrampicata libera (free climbing) e altre discipline assimilabili a sport estremi;
h) pratica, a qualunque titolo, dei seguenti sport pericolosi: salto dal trampolino con sci e idrosci, bob o skeleton e simili, atletica pesante, sollevamento pesi, lotta nelle sue varie forme incluso il pugilato, arti marziali in genere, rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., discese su rapide di fiumi e torrenti con qualsiasi mezzo inclusi rafting, hydrospeed e canoa, speleologia e immersioni con autorespiratore;
2) le conseguenze di stati invalidanti, Infortuni e Malattie in genere conosciuti, diagnosticati o curati anteriormente alla messa in copertura e sottaciuti con dolo o colpa grave; tale esclusione dai rimborsi risulta abrogata se sono decorsi

almeno 13 mesi continuativi dall'inizio della copertura, solo se dichiarati espressamente nella dichiarazione alla mutua (v. art. 2.1), ad eccezione delle garanzie Assistenza Invalidità permanente da Infortunio, Assistenza Invalidità permanete da malattia , Assistenza Long Term Care, se previste nel piano sanitario sottoscritto;

3) le spese relative a conseguenze di Malattie o esiti di Infortuni non conosciuti dall'Associato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla messe in copertura, limitatamente ai primi 180 giorni di efficacia del Sussidio; ; tale esclusione dai rimborsi risulta abrogata se sono decorsi almeno 13 mesi continuativi dall'inizio della copertura, solo se dichiarati espressamente nella dichiarazione alla mutua (v. art. 2.1), ad eccezione delle garanzie Assistenza Invalidità permanente da Infortunio, Assistenza Invalidità permanete da malattia , Assistenza Long Term Care, se previste nel piano sanitario sottoscritto;

4) le Malattie mentali o del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le Malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, i disturbi schizofrenici, paranoidi e affettivi (quali la sindrome maniaco-depressiva), le sindromi e i disturbi mentali organici;

5) la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le patologie correlate alla infezione da HIV;

6) le cure odontoiatriche di qualsiasi tipo, salvo che sia stato attivato il pacchetto Cure dentarie;

7) relativamente al pacchetto Cure dentarie, l'estrazione dei denti decidui;

8) le cure del sonno, le cure e terapie cellulo-tissutali;

9) le cure e le pratiche fitoterapiche, idropiniche e termali in genere, salvo quanto espressamente previsto dai singoli sussidi;

10) i trattamenti specialistici e i Trattamenti fisioterapici in genere sostenuti prima dell'Intervento chirurgico, salvo quanto diversamente previsto all'art. 4.2 del presente Regolamento;

11) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e della data di insorgenza; le prestazioni di controllo e di medicina preventiva, salvo quanto previsto per i Check Up, se presenti nel Regolamento sottoscritto;

12) i trattamenti di emodialisi, gli esami termografici; le iniezioni sclerosanti salvo quanto diversamente previsto nel presente Regolamento;

13) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di terapie di Medicina alternativa o complementare o di Medicina non ufficiale;

14) le prestazioni, le applicazioni, le cure e gli interventi aventi finalità estetiche; gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, salvo quelli resi necessari da Infortunio o Malattia tumorale effettuati nei 360 giorni successivi all'Intervento chirurgico demolitivo;

15) l'eliminazione o correzione di Malformazione o Difetti fisici preesistenti e le alterazioni da esse determinate o derivate, salvo quanto espressamente previsto per i neonati entro i 6 mesi dalla nascita al punto D. dell'art. 4.2 del presente Regolamento;

16) gli Interventi Chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;

17) l'aborto volontario non terapeutico;

18) la fecondazione assistita e artificiale, nonché le prestazioni per la diagnosi e la cura della sterilità, infertilità e dell'impotenza;

19) i Ricoveri senza Intervento chirurgico avvenuti al fine di effettuare Visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

20) i Day Hospital avvenuti al fine di effettuare Visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici, anche praticati chirurgicamente, che per la loro natura possono essere effettuati anche in ambulatorio, senza recare pregiudizio alla salute del paziente;

21) i Ricoveri per lungodegenza quando le degenze e i Ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; le degenze in case di riposo, di convalescenza o di soggiorno; gli interventi qualificabili come cure palliative e/o terapie del dolore; i Ricoveri in istituti o reparti specializzati per le cure geriatriche o terapie di lungodegenza;

22) i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria da questi disturbi, gli interventi di Chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);

23) le conseguenze per abuso di alcolici, farmaci, psicofarmaci e uso di sostanze stupefacenti e allucinogene non assunte a scopo terapeutico;

24) le conseguenze dirette o indirette di energia nucleare (reazioni nucleari, radiazioni e contaminazioni), di radiazioni dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (fissione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;

25) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, trombe d'aria, maremoti, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
26) le conseguenze di guerre anche non dichiarate, insurrezioni generali, operazioni e occupazioni militari e invasioni, atti terroristici;
27) tutti i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e/o Infortunio;
28) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
29) le prestazioni non espressamente specificate nelle singole garanzie e nei relativi allegati.
Si ritengono altresì escluse dal rimborso ogni conseguenza diretta e indiretta delle patologie di cui l'associato risulta essere affetto oppure ne abbia già sofferto in passato rispetto alla sottoscrizione del presente piano sanitario di assistenza. Si ritengono altresì escluse dal rimborso ogni conseguenza diretta e indiretta di malattie manifestate, diagnosticate, accertate o curate prima della copertura sanitaria prescelta.
Per le sole nuove adesioni con decorrenza nell'annualità 2025, le esclusioni dai rimborsi risultano abrogate decorsi almeno 13 mesi continuativi di regolarità amministrativa dalla decorrenza della copertura per i punti 2 e 3 e per le sole malattie pregresse espressamente dichiarate all'interno della dichiarazione alla mutua all'atto di adesione da parte del contraente (v. art. 2.1).
Resta inteso che per ogni associato AFAC già beneficiario di una copertura sanitaria, al momento dell'adesione alla Aglea Salus, non verranno applicati i termini di aspettativa sopra indicati e le garanzie offerte nel presente regolamento opereranno senza soluzione di continuità.

Art. 2.7.2 - Esclusioni Assistenza

Oltre a quanto previsto dalle Esclusioni Infortuni e Malattia, per le prestazioni di Assistenza sono inoltre previste le limitazioni aggiuntive che seguono.
1) Aglea Salus non riconosce, e pertanto non rimborsa, spese per interventi di assistenza non autorizzati preventivamente dalla Struttura Organizzativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
2) Aglea Salus non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
3) Le prestazioni non sono fornite:
a. per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
b. per i viaggi intrapresi dall'Associato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici;
c. in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente;
d. per le conseguenze e/o eventi derivanti da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

Art. 2.8 – Limitazione di operatività del piano sanitario

Il presente piano sanitario prevede limitazioni di operatività, circa i massimali in esso previsti, nei seguenti casi:

- interventi chirurgici e grandi interventi chirurgici con utilizzo della robotica;

Il massimale di rimborso annuo previsto è pari al 10% dei rispettivi massimali di ricovero.

Art. 3 - Variazioni del contratto di adesione

Art. 3.1 - Variazione Sussidio prescelto

Il Contraente ha la facoltà di variare il Sussidio prescelto con comunicazione scritta da inviarsi almeno 60 giorni prima della data di scadenza anniversaria del Sussidio mediante lettera raccomandata a/r a oppure via pec a: Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM) oppure agleasalus@legalmail.it
La variazione, valida per tutti beneficiari indicati sulla domanda di adesione, ha effetto a far data dalla ricorrenza annuale successiva alla richiesta di variazione e comporta in ogni caso l'applicazione del contributo e delle condizioni contrattuali in vigore in tale data; per l'operatività della Carenza si rinvia all'art. 2.5 del presente regolamento.

Art. 3.1.1 – Adeguamento del Sussidio sottoscritto

In virtù del rapporto di convenzione con l'Associazione Funzionari Aviazione Civile – AFAC, Aglea Salus applicherà a tutti i beneficiari del sussidio scelto l'adeguamento della copertura sanitaria in base all'età compiuta al momento del verificarsi dell'evento che sarà oggetto di rimborso e/o presa in carico. Quindi al compimento di età superiore ovvero al compimento dell'81° anno di età verranno applicate le condizioni del regolamento del sussidio AFAC OVER 80 senza adeguamento del relativo contributo.

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

omissis

Art. 3.3 - Variazione residenza

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

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

Sezione 4: Garanzie ospedaliere ed extra ospedaliere

Art 4.1- Rimborso Spese Mediche

- **Per Ricovero con Intervento chirurgico** (compreso Day Hospital e Day Surgery)

Aglea Salus, nei limiti dei massimali e del contributo previsti dal Sussidio prescelto, garantisce il rimborso delle spese nei casi di Ricovero con Intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risultino compresi nei termini del sussidio sottoscritto. Si precisa che la Società garantisce le prestazioni indicate anche in caso di Day Hospital e Day Surgery.

.----------

- Per Grandi interventi chirurgici

Aglea Salus nei limiti dei massimali e del contributo previsti dal Sussidio scelto garantisce il pagamento delle spese solo se relative ad un ricovero, con intervento chirurgico, sostenute per un Grande Intervento Chirurgico subito dall'Associato in Istituto di cura pubblico o privato a seguito di Infortunio o Malattia. Il massimale della presente garanzia si intende elevato rispetto a quello di ricovero, ove previsto.
Il presente Sussidio, per i soli Grandi interventi chirurgici, opera in riferimento agli eventi previsti nell'apposito Elenco "Grandi Interventi Chirurgici" allegato al presente regolamento e nel rispetto dei limiti del massimale previsto.

Art. 4.2 - Spese mediche rimborsabili

A. Pre ricovero

Spese sostenute dall'Associato nei **40 giorni precedenti l'inizio del ricovero**:
1) visite mediche specialistiche;
2) esami e accertamenti diagnostici;
Le prestazioni sopra indicate sono rimborsate entro un massimale di € 800,00 per evento.

B. Durante ricovero

Spese sostenute dall'Associato **durante il ricovero**:
1) onorari dei medici e dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di Intervento (incluse le protesi applicate durante l'Intervento stesso);
2) Rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura per il ricoverato entro il limite di € 230,00 al giorno;
3) esami e accertamenti diagnostici, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, assistenza medica.

C. Post ricovero

Spese sostenute dall'Associato nei 40 giorni successivi alla data di conclusione del ricovero:
1) visite mediche specialistiche;
2) esami e accertamenti diagnostici;
3) prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche;
4) Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi (solo in strutture private);
5) trattamenti specialistici;
6) cure termali, escluse le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio;
7) acquisto o noleggio di:
a) apparecchi ortopedici (stampelle, carrozzine, corsetti e tutori);
b) apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, escluse lenti da vista e a contatto e montature di occhiali);
c) apparecchi fisioterapici, purché prescritti dal medico specialista.
Le prestazioni sopra indicate sono rimborsate entro un massimale di € 800,00 per evento.

Art. 4.3 - Interventi chirurgici specifici (c.d. Interventi Ambulatoriali – Day Surgery – Day Hospital) – Sub Limiti

Le spese di cui ai precedenti punti A., B. e C. sostenute per gli Interventi chirurgici di seguito indicati (effettuati sia in regime di Ricovero, sia in Day Surgery o ambulatorialmente) sono complessivamente coperte nel rispetto dei limiti specifici previsti e senza applicazione di franchigie e scoperti, quali sub limiti del massimale di ricovero ovvero:

- **parto naturale** entro il limite di rimborso previsto dal sussidio prescelto;
- **parto cesareo e aborto terapeutico**, interventi per Malattie derivanti da gravidanza e puerperio entro il limite di rimborso previsto dal sussidio prescelto;
- **laser ad eccimeri** entro il limite previsto dal sussidio prescelto (per ciascun occhio);
- **Interventi ambulatoriali** entro il limite previsto dal sussidio prescelto (e nel rispetto delle rispettive franchigie),
- **Elenco Interventi Chirurgici Plafonati:**
  1) **Neoplasie e Tumori maligni** entro il limite massimo annuo di € 5.650,00 (esclusa prostatectomia);

2) **Interventi cardiaci e/o cardiocircolatori, isterectomia, endoprotesi, ernia del disco, Interventi osteoarticolari e/o artroprotesi (tutte)**, entro il limite massimo annuo di € 3.375,00;
3) **Interventi cardiovascolari, interventi vascolari, meniscectomia e varici** entro il limite massimo annuo di € 2.625,00;
4) **Appendicectomia, asportazione noduli tiroidei, interventi muscolotendinei, Interventi urologici/ginecologici e/o nefrologici** entro il limite massimo annuo di € 2.250,00
5) **Interventi ortopedici** entro il limite massimo annuo di € 2.000,00;
6) **Varicocele** entro il limite massimo annuo di € 1.950,00;
7) **Alluce Valgo, Polipi, Cisti benigne al seno, cisti ovariche, colecistectomia** entro il limite massimo annuo di € 1.875,00
8) **Tunnel carpale** entro il limite massimo annuo di € 1.125,00.

Art. 4.4 - Indennità sostitutiva SSN e Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi in SSN

Qualora non risultino spese a carico dell'Associato in quanto i costi relativi all'Intervento Chirurgico (o al Grande Intervento Chirurgico, se previsto) sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute, Aglea Salus erogherà un'Indennità sostitutiva nei limiti del Sussidio prescelto in alternativa al pagamento delle spese occorse di cui all'art. 4.2. Tale indennità sarà corrisposta per ogni giorno di Ricovero a seguito di intervento chirurgico e per un massimo di 30 giorni complessivi per Sinistro e per anno, nel limite di € 110,00. Il giorno di ricovero e quello di dimissione sono considerati agli effetti della liquidazione come giorno unico. Le eventuali spese pre e post Ricovero saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di Sussidio ad eccezione delle prestazioni fisioterapiche, rieducative e riabilitative che saranno liquidate nel limite di € 150,00 per ciascun evento. Nel caso di costi parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Associato può scegliere se usufruire dell'Indennità sostitutiva di cui al presente articolo oppure, in alternativa, se chiedere ad Aglea Salus il rimborso delle spese effettivamente sostenute e rimaste a suo carico, sempre nei limiti di quanto disposto nelle condizioni contrattuali del presente Regolamento.

Art. 4.5 - Trattamenti fisioterapici post-intervento chirurgico in ssn

Qualora non risultino spese a carico dell'Associato in quanto i costi relativi all'Intervento Chirurgico (o al Grande Intervento Chirurgico, se previsto) sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, Aglea Salus rimborserà all'assistito le spese per fisioterapia post-intervento chirurgico nel limite massimo annuo di € 150,00 senza applicazione di franchigie e/o scoperti.

Art. 4.6 - Franchigia

La Franchigia, ove esistente, non troverà applicazione in caso di erogazione dell'Indennità sostitutiva di cui al precedente art. 4.4 (nel qual caso la Franchigia opererà esclusivamente con riferimento alle spese pre, durante e post ricovero). In caso di Ricovero e Intervento chirurgico con costi parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale tale deduzione troverà applicazione anche qualora l'Associato abbia optato per il rimborso spese mediche di cui all'art. 4.2 delle Condizioni del presente Regolamento, anziché per l'Indennità sostitutiva di cui all'art. 4.4 delle Condizioni del presente Regolamento.
La Franchigia viene applicata un'unica volta per Evento o Unico Evento.

Art. 4.7 - Alta diagnostica

Aglea Salus copre, nel rispetto del massimale del Sussidio prescelto, le spese di Alta specializzazione rese necessarie da Infortunio o Malattia, anche non connesse a un Ricovero di seguito espressamente elencate:

- Amniocentesi dopo il 35° anno d'età
- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Artografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cistografia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Dialisi
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma

- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- EGDS (esofagoscopia + gastroscopia + duodenoscopia)
- Flebografia
- Gastroscopia
- Laser terapia
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare RMN
- Radiografia (RX)
- Scintigrafia
- Telecuore
- TAC - Tomografia Ass.le Computerizzata
- Urografia.

Art. 4.7.1 - Diagnostica

Aglea Salus copre, nel rispetto del massimale di cui al precedente punto, previsto per anno, le spese per esami di laboratorio e accertamenti diagnostici, diversi da quelli elencati nella garanzia Alta diagnostica, resi necessari da Infortunio o Malattia, anche non connessi a un Ricovero, quali:

- Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli)
- Elettrocardiografia, ECG Holter, monitoraggio 24H della pressione arteriosa
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- MOC (densitometria ossea)
- Uroflussometria.

Art 4.8 - Assistenza H24

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

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

- **Trasferimento in centro ospedaliero in Italia**

Qualora l'Associato, a seguito di infortunio o malattia, risultasse affetto da una patologia che per caratteristiche obiettive venisse ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'Associato ed i medici di cui sopra, previa analisi del quadro clinico dell'Associato d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il trasferimento dello stesso in un Centro Ospedaliero adeguato alla cura della patologia da cui è affetto, la Centrale Operativa provvederà:

- ad individuare e prenotare tenuto conto delle disponibilità esistenti, il Centro Ospedaliero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Associato;
- ad organizzare il trasporto dell'Associato in autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Centrale Operativa la ritenessero necessaria. La Aglea Salus terrà a proprio carico i relativi costi. La prestazione verrà fornita per l'improvvisa carenza dei soli strumenti clinici necessari ed idonei alla cura, giusta certificazione del Direttore Sanitario della struttura interessata.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della centrale Operativa possono essere curate nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di residenza.
- le infermità o le lesioni che non sono curabili nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza per deficienze strutturali e organizzative dell'Organizzazione Ospedaliera.
- tutti i casi in cui il trasporto implichi violazioni di norme sanitarie.

- **Rientro dal centro ospedaliero in Italia**

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

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

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

- **Consegna esiti a domicilio**

Qualora l'Associato a seguito di malattia improvvisa o infortunio certificato dal proprio medico curante si è sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Centrale Operativa potrà recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Associato o al medico da lui indicato.
L'Associato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il recapito telefonico. La prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

- **Consegna medicinali urgenti a domicilio**

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

- **Informazioni sanitarie**

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

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

potrà contattare la Centrale Operativa che fornirà telefonicamente le informazioni richieste.
La prestazione è fornita dalle 09.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi.

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

Qualora, successivamente ad una Consulenza Medica, emergesse la necessità che l'Associato debba sottoporsi ad una visita medica, la Centrale Operativa provvederà con spese a carico di Aglea Salus, ad inviare al suo domicilio uno dei medici convenzionati con la stessa. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Associato in autoambulanza nel centro medico più vicino.
La prestazione è fornita dalle 20.00 alle 08.00 al lunedì al venerdì e 24 h su 24, il sabato la domenica e nei giorni festivi.

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

Qualora l'Associato, a seguito di infortunio e successivamente a seguito di una Consulenza Medica, necessitasse di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Associato al centro medico più vicino.
Aglea Salus terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza massima di € 500,00 per anno con il limite di € 250,00 per Evento.

- **Consulenza cardiologica**

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

- **Consulenza ginecologica**

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

- **Consulenza geriatrica**

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

- **Consulenza pediatrica**

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

Sezione 5: Modalità di erogazione delle Prestazioni

5.1 - Centrale Salute

Per tutto il corso di validità del Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute Ipazia Service che è incaricata dalla Aglea Salus di:
operare come Centrale Salute attraverso il Numero Verde dedicato 800.035.666, attivo dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18,00 per:

- Informazioni generiche sulle prestazioni del Sussidio;
- Informazioni per accedere alle strutture convenzionate;
- Informazioni in merito alle corrette modalità di richiesta di rimborso delle spese sostenute;
- Informazioni sullo stato delle pratiche di rimborso dirette.

Sarà possibile quindi contattare e/o scrivere alla Centrale Salute Ipazia Service per ricevere i servizi/prestazioni del presente Sussidio ai seguenti recapiti:
Numero Verde Nazionale: 800.035.666
Numero dall'Estero: +39.0774.608001
Fax: +39.06.89184300
E-mail: rdr@ipaziaservice.it
Indirizzo: Via Maremmana, 1, Nerola, Roma.

5.2 - Gestione appuntamento - presa in carico - info strutture - servizi sanitari

Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà prendere contatto con la Centrale Salute per comunicare il tipo di assistenza richiesto. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Salute, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto alle condizioni in vigore. La banca dati della rete di strutture sanitarie in rapporto di convenzione con la Centrale Salute, in tutta Italia e all'estero, è a disposizione dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 14:00 alle 18:00 per ogni informazione in merito a singole strutture convenzionate e loro ubicazione, prestazioni specialistiche, esami diagnostici, ricoveri ed onorari.

Art. 5.3 - Modalità erogazione prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Sussidio possono essere erogate in tre modalità differenti:

1) Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma diretta

È riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario consultabile tramite il sito www. ipaziaservice.it pagando direttamente presso la struttura prescelta il solo importo a proprio carico, applicando la franchigia e/o lo scoperto previsto dal sussidio dal sussidio sottoscritto. Tale procedura è prevista nel caso in cui sia la Struttura sanitaria che il medico scelto siano convenzionati con il nostro Network sanitario. La procedura di richiesta della forma diretta deve essere attivata almeno 3 giorni lavorativi prima delle cure previste, previa prenotazione da parte dell'Assistito presso la Centrale Operativa dalla propria area riservata al seguente link: https://sparta.ipaziaservice.it/login . Con l'attivazione delle prestazioni rese in forma diretta, l'Assistito delega la Centrale Salute a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dal Sussidio. Le prestazioni non sanitarie e comunque quelle non garantite dalla garanzia nonché le eventuali quote di spesa a carico dell'Assistito saranno invece direttamente pagate da quest'ultimo al centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica convenzionata sulla base delle relative fatture. L'Assistito deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra. Analoga sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'Assistito deve inoltre restituire alla Aglea Salus gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie, che dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili.

2) Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma indiretta

Gli Assistiti potranno richiedere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni svolte senza aver attivato la forma diretta di cui al precedente punto 1) o eseguite presso Strutture Non Convenzionate con la Centrale Salute, nei limiti e secondo le condizioni previste nel Sussidio sottoscritto. La procedura di richiesta di rimborso in forma indiretta potrà essere presentata on line accedendo alla propria area riservata al seguente link: https://sparta.ipaziaservice.it/login allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi, copia delle fatture e dei relativi referti. Qualora necessario, la Centrale Salute potrà richiedere l'integrazione della documentazione atta a verificare correttamente la rimborsabilità dell'evento. Tutta la documentazione suddetta potrà essere inviata in copia cartacea e la Centrale Salute potrà, qualora ritenuto opportuno, richiedere l'invio della documentazione in originale. Le fatture e le ricevute inviate in originale

verranno restituite all'Assistito successivamente alla definizione della pratica, previa apposizione da parte della Centrale Salute, del timbro di pagamento indicante l'importo rimborsato e la relativa data.

3) Prestazioni rese in forma mista

Tale caso è configurabile nel momento in cui l'Associato si avvalga di:
Strutture Mediche Convenzionate, ma di medici non convenzionati oppure Strutture Mediche non Convenzionate, ma di medici convenzionati. In tali casi la Centrale Salute procederà con il così detto "pagamento misto", ossia verranno applicate i criteri e le modalità previste al precedente punto 1) per le prestazioni rese in forma diretta, e le modalità previste al precedente punto 2) per le prestazioni rese in forma indiretta.
Ai fini dell'applicazione delle condizioni delle prestazioni in forma diretta in merito alle strutture o ai medici convenzionati sarà onere dell'assistito attivare comunque la procedura di cui al precedente punto 1) del presente regolamento, pena l'applicazione di franchie e scoperti previsti dal piano sanitario scelto all'intero ciclo di cura.

Art. 5.4 - Documentazione da inviare per le richieste di rimborso

Ai moduli di richiesta va sempre allegata la seguente documentazione:

- Certificato medico attestante l'esistenza della patologia (Malattia);
- In caso di richiesta di rimborso per patologia o intervento chirurgico conseguenti ad infortunio, pena la non rimborsabilità dell'evento, si richiede copia del verbale di pronto soccorso pubblico, da reperirsi entro le 72 ore successive all'evento, in cui si attesti su dichiarazione dell'assistito, data, luogo e modalità di accadimento dell'evento occorso; sarà facoltà della mutua richiedere ulteriori dichiarazioni;
- Copia della cartella clinica e/o di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'associato;
- Copia delle fatture relative alle spese sostenute, debitamente quietanzate nonché, per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-ricovero, prescrizione medica, scontrino parlante;
- Per la liquidazione delle prestazioni di prevenzione e controlli sarà necessario presentare il documento di spesa e referto con esito delle prestazioni eseguite;
- Eventuale documentazione medica proveniente da un paese diverso dall'Italia, dovrà pervenire in lingua italiana con apposita traduzione. In mancanza di tale traduzione la richiesta di presa in carico (o di rimborso) non potrà essere presa in considerazione.

Allegati:

- **Elenco Grandi Interventi Chirurgici.**

GARANZIE OSPEDALIERE		20261023_AFAC BASE 2027
Ricovero con intervento/Day Hospital **Grandi Interventi chirurgici** Nei limiti del massimale di rimborso sono compresi: Nei 40 giorni precedenti il ricovero – max. € 800 per single: • Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici e le visite specialistiche. Durante l'intervento e ricovero: • prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista • diritti di sala operatoria • materiale di intervento • medicinali ed esami • assistenza medica e infermieristica • apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento • Rette di degenza max. € 230,00 al giorno. Nei 40 giorni successivi al ricovero - max. € 800 per single:: • esami diagnostici • visite specialistiche • prestazioni mediche • trattamenti fisioterapici e rieducativi (nel privato) • medicinali (con prescrizione medica) • cure termali (escluse spese alberghiere). **Pubblico / Degenza sostitutiva per ricovero in SSN con intervento chirurgico** **Trattamenti fisioterapici post-intervento chirurgico in ssn**		**€ 45.000,00** (massimale per anno) **Raddoppio del Massimale** **Fino a € 90.000,00** **Condizioni in Network** Scoperto: 20%, con il minimo di € 1.200,00 (per Ambulatoriali - Franchigia € 250) **Condizioni fuori Network** Scoperto: 35%, con il minimo di € 5.000,00 (per Ambulatoriali - Franchigia € 400) **€ 110,00 al giorno per un massimo di 30 gg.** **€ 150,00**
Sub-limiti	Parto naturale	**€ 1.500,00**
	Parto cesareo/aborto	**€ 2.500,00**
	Laser ad eccimeri/cataratta	**€ 750,00**
	Interventi ambulatoriali	**€ 2.000,00**
SPESE EXTRA OSPEDALIERE E ASSISTENZA		
Alta diagnostica		**€ 100,00** Franchigia € 50,00
Servizi H24		**SI**
CONTRIBUTI		
Contributo Annuo – Single		**€ 344,00**

Età max. ingresso 79 anni– uscita 80 anni.
*Malattie pregresse incluse dal 13° mese solo se dichiarate nella dichiarazione alla mutua.

Under 80 – AFAC BASE

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI PLAFONATI

Alluce valgo	€ 1.875,00
Appendicectomia	€ 2.250,00
Asportazione noduli tiroidei	€ 2.250,00
Cisti benigne al seno	€ 1.875,00
Cisti ovariche	€ 1.875,00
Colecistectomia	€ 1.875,00
Interventi osteoarticolari e/o artroprotesi (tutte)	€ 3.375,00
Interventi ortopedici	€ 2.000,00
Neoplasie e Tumori maligni	€ 5.650,00
Ernia del disco	€ 3.375,00
Ernie e/o laparocele	€ 1.500,00
Endoprotesi	€ 3.375,00
Isterectomia	€ 3.375,00
Interventi cardiaci e/o cardiocircolatori	€ 3.375,00
Interventi cardiovascolari	€ 2.625,00
Interventi vascolari	€ 2.625,00
Interventi muscolotendinei	€ 2.250,00
Meniscectomia	€ 2.625,00
Polipi	€ 1.875,00
Interventi urologici/ginecologici e/o nefrologici	€ 2.250,00
Tunnel carpale	€ 1.125,00
Varici	€ 2.625,00
Varicocele	€ 1.950,00

In caso di due o più interventi eseguiti nella stessa sede operatoria, si liquiderà il solo evento con il maggior importo