

Il/la sottoscritto/a _____ Socio ordinario di TEMA VITA Ets, nato/a a _____
prov. _____ il _____ e-mail _____ cellulare _____

CHIEDE la concessione, ai sensi del Regolamento Diarie e Sussidi medico-sanitari, del **contributo sottoindicato**:

Per se stesso/a, titolare della carta MutuaSalus:

- DIARIA OSPEDALIERA (non compresi giorno di ingresso e di uscita dalla struttura di ricovero)**
 - per infortunio - massimale annuo € 250,00 - € 20,00 al giorno
 - per malattia - massimale annuo € 250,00 - € 20,00 al giorno
 - RSA - € 100,00 una tantum
 - Centro sollievo diurno - € 100,00 una tantum
- VISITE Mediche Specialistiche (massimale annuo € 200,00) - 25 % del documento fiscale (se ticket allegare prenotazione)**
- DAY surgery (massimale annuo € 100,00) - 25% del documento fiscale**
- ESAMI clinici, ACCERTAMENTI diagnostici (massimale annuo € 200,00) - 25 % del documento fiscale**
- TRATTAMENTI FISIOTERAPICI (massimale annuo € 200,00) - 25% del documento fiscale (prescrizione medica obbligatoria)**
- TRATTAMENTI TERMALI (massimale annuo € 100,00) - 25% del documento fiscale**
- SERVIZIO AMBULANZE - solo da e per ospedali pubblici e privati (massimale annuo € 150,00) - 25% del costo**
- ASSISTENZA domiciliare (massimale annuo € 150,00) - 25% del documento fiscale**
- LOGOPEDIA (massimale annuo € 100,00) - 25% del documento fiscale**

Per il figlio/a _____ nato/a a prov il/...../..... visite mediche specialistiche, esami e accertamenti, trattamenti fisioterapici, sia pressomedici o centri privati che in intramoenia, ticket sanitari per i figli di cui all'art.4 del regolamento generale (massimale annuo € 200,00) - da intendersi pernucleo familiare ossia riferito per tutti i figli assistiti e dichiarati dal socio

Il sussidio richiesto sarà da voi pagato attraverso una disposizione bancaria sul conto corrente a me intestato, nel quale vengono addebitati i contributi associativi annuali.

D I C H I A R A:

- di non aver percepito alcun rimborso da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle medesime spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso;
 - di aver percepito il rimborso di euro _____ da altra cassa mutua, assicurazione o simile sulle spese sanitarie oggetto della presente richiesta di rimborso
- Nel caso in cui la Mutua rimborsi la spesa sanitaria prima degli altri soggetti (assicurazioni o soggetti privati) su cui il Socio vanta simili diritti di rimborso, è responsabilità del Socio informare gli uffici liquidativi degli altri enti del rimborso ottenuto attraverso la Mutua sulla spesa sostenuta; pertanto, in nessun caso la Mutua può essere chiamata a rifondere danni subiti dagli altri enti per la mancata o scorretta comunicazione del Socio con riferimento a tale rimborso.

Ai sensi di quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR") Le ricordiamo che, nella sua qualità di interessato, Le abbiamo precedentemente illustrato l'informativa sul trattamento dei dati personali e nei casi richiesti dalla legge abbiamo ricevuto il suo libero consenso; qualora volesse prendere visione dei documenti appena citati La invitiamo a richiederceli.

Data _____

Firma Socio _____

(Parte riservata a Tema Vita ETS)

Socio dal _____

Ha versato la quota per l'anno 202__?

SI

NO

RIMBORSO EURO

SI PUO PROCEDERE ALLA LIQUIDAZIONE

NON SI PUO' PROCEDERE ALLA LIQUIDAZIONE

Per l'Ufficio TEMA Vita ETS _____

Per il CdA TEMA Vita ETS _____

RICHIESTA DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

Estratto del regolamento

ART. 1 - ASSISTITI

Le diarie e i sussidi di cui al presente regolamento sono prestati esclusivamente a favore dei Soci regolarmente iscritti a TEMA Vita Ets – Mutua con Socio Sostenitore Banca TEMA, in seguito per brevità denominata Mutua. È previsto il sussidio per i familiari del socio (meglio specificati all'art. 4 del Regolamento generale delle prestazioni) nei limiti di quanto indicato nella tabella riportata all'art.2 del presente regolamento. Per raggiungere un obiettivo di salute evitando dispersione di risorse economiche, è opportuno che l'Associato effettui gli accertamenti concordando con il proprio medico curante la tipologia di esami e di visite specialistiche cui sottoporsi, usufruendo, quando possibile, di medici e strutture convenzionate Comipa, con diritto allo sconto. La prescrizione medica è obbligatoria per i trattamenti fisioterapici.

ART. 2 - DIARIE E SUSSIDI MEDICO-SANITARI

(omissis) Le diarie ed i sussidi sono dovuti solo se il Socio è in regola con il pagamento della quota di ammissione e dei contributi associativi annuali e nel limite annuale massimo indicato nelle tabelle di cui al presente articolo. L'anno di riferimento del massimale è quello civile. (omissis)

ART. 5 – LIMITI ALLE DIARIE E SUSSIDI

Le diarie ed i sussidi non sono dovuti per le seguenti prestazioni:

- le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonto, gli interventi preprotesici e di implantologia;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
- il parto naturale e l'aborto;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assistito;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- l'acquisto di lenti da vista, di protesi e ausili medici;
- la visita effettuata presso un ottico.
- Visite per rilascio certificazioni
- Ogni altra prestazione medica non contemplata nell'art.2 del presente regolamento.

ART. 8 - CRITERI E PROCEDURE DI LIQUIDAZIONE

(omissis)

Le richieste di pagamento devono pervenire alla **Mutua** entro **90 giorni** dalla data presente sul documento fiscale emesso a seguito del pagamento della prestazione per la quale si richiede il sussidio. Per le spese sostenute nell'ultimo trimestre dell'anno, le richieste di pagamento devono pervenire entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

La richiesta di pagamento delle diarie ospedaliere per i ricoveri dovuti a malattia o infortunio dovrà essere accompagnata da:

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

La richiesta di sussidio per ricoveri in R.S.A, dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Documento rilasciato dalla struttura riportante la data di entrata.*

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

- ✓ *fattura pagata per la prestazione medico-sanitaria erogata (visita specialistica, esame clinico, accertamento diagnostico, trattamento fisioterapico o termale) con data non anteriore a 90 giorni dalla data di presentazione della domanda.*
✓ *Ticket sanitario con indicazione della tipologia di prestazione; nel caso di ricevuta senza indicazione della prestazione, è necessario allegare autocertificazione attestante la visita o l'esame eseguito o documento rilasciato dall'ASL al momento della prenotazione della prestazione.*

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

- ✓ *Fattura o documento rilasciato dal prestatore del servizio per viaggi allegando la documentazione medica comprovante che il servizio è stato erogato per raggiungere una struttura ospedaliera o clinica di degenza per motivi di salute riguardanti l'avente diritto. Il rimborso è previsto anche per il viaggio di rientro nel domicilio del socio. Anche in questo caso la richiesta deve essere corredata da documentazione medica comprovante i motivi di salute che ne hanno determinato la prestazione.*

La richiesta di pagamento per il rimborso dell'assistenza domiciliare dovrà essere accompagnata da:

- ✓ *Fattura o documento fiscale rilasciato dal prestatore del servizio. Nel documento può essere indicato anche soltanto "servizio di assistenza domiciliare qualificata" senza indicare la specifica della tipologia di trattamento/servizio effettuato.*

(omissis)