MUTUA CON TE
Società di Mutuo Soccorso L. 3818/1886
Mutua Sanitaria Integrativa del SSN
Ente Terzo Settore ETS - Non profit

Associata CAMPA - Membro FIMIV

Corso Sommeiller n. 32
10128 - Torino
info@mutuaconte.it
www.mutuaconte.it
P. Iva: 11682920019
Tel. 011 4032791 - 342 7977562

Promotore _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE

TIPO DI ASSISTENZA

_____

DURATA - Anno in corso + 2: Famiglia/Singolo PLUS + Collettiva BASE/PLUS
DURATA - Anno in corso + 3: Oro + Arcobaleno + Famiglia/Singolo + Base/Più + Smart Family

Al Consiglio di Amministrazione della
MCT – Mutua Con Te
Sanitaria Integrativa

Iban: IT05J0326801016052710812990
Intestato a: MUTUA CON TE

Il Sottoscritto ..... ragione/denominazione sociale .....

nato a ..... (.....) il .....

residente .... CAP .....

Via ..... n. ..... Tel. .....

Attività esercitata ..... Cod. Fiscale / P. IVA .....

indirizzo e-mail ..... Cell. .....

domanda

di essere iscritto alla S.m.s. MUTUA CON TE in qualità di titolare del rapporto di associazione, con l'assunzione di quanto previsto e prescritto dallo Statuto e dal Regolamento, che sono stati redatti in osservanza della normativa che regola le Società di Mutuo Soccorso e in particolare per fruire delle prestazioni previste dalle coperture appositamente predisposte dalla Mutua e garantite, in base all'apposita Convenzione di mutualità mediata realizzata, dalla CAMPA Sms di cui MUTUA CON TE è Socia.
Dichiara di aver preso visione del Regolamento della Copertura di cui ha ricevuto copia, impegnandosi ad osservarlo integralmente e di accettare sin d'ora ogni variazione del predetto, come pure ogni altra disposizione legalmente assunta dal Consiglio di Amministrazione di MUTUA CON TE SMS, in particolare le deliberazioni concernenti la determinazione delle prestazioni delle coperture sanitarie integrative garantite dalla CAMPA e dei contributi associativi, comunicate annualmente tramite apposita lettera circolare.
Richiede inoltre l'iscrizione dei familiari risultanti dallo stato di famiglia che si allega, i quali assumono i medesimi impegni del titolare.
Dichiara che si è provveduto al versamento dei contributi associativi per la copertura sanitaria scelta per sé e per i familiari, e allega lo stato di famiglia o dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000.

COGNOME E NOME familiari	LUOGO e DATA di Nascita	Grado di parentela
Attività	*Cod. Fisc.*	*Firma*
Attività	*Cod. Fisc.*	*Firma*
Attività	*Cod. Fisc.*	*Firma*
Attività	*Cod. Fisc.*	*Firma*

Dichiara di avere altre forme di copertura sanitaria oltre a quella del Ssn: No ☐ Si ☐. .....

Se Sì, si impegna a comunicare alla MCT l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta di rimborso.

Specificare eventuale sussidio INTEGRATIVO scelto .....

Chiede che gli eventuali sussidi e rimborsi gli vengano accreditati sul proprio c/c bancario

COORDINATE BANCARIE IBAN

PAESE	CINEUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C

In fede

.....lì .....

.....

Copia per la MCT

(firmare anche il secondo foglio)

ESTRATTO REGOLAMENTO DELLE COPERTURE SANITARIE MUTUA CON TE

1. ADESIONE

L'iscrizione a MUTUA CON TE - Società di Mutuo Soccorso (di seguito anche Mutua) quali soci ordinari e la richiesta di adesione ai servizi mutualistici di base e quelli aggiuntivi, è aperta a tutte le persone fisiche che siano in possesso di codice fiscale ed al momento dell'adesione non abbiano ancora compiuto il 70° (settantesimo) anno di età. L'iscrizione alla Mutua coinvolge il coniuge o convivente more uxorio e i figli conviventi fino a 26 anni. Eventuali figli > 26 anni o altri familiari conviventi possono attivare una autonoma posizione associativa versando il relativo contributo previsto per le posizioni single o nucleo familiare (comprensivo di coniuge o convivente more uxorio e figli fino a 26 anni). Per l'ammissione alla Mutua, l'aspirante Socio dovrà sottoscrivere la domanda di ammissione, l'informativa privacy, il relativo impegno a pagare i contributi associativi e versare contestualmente la quota di ammissione e di servizio e funzionamento nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione. Le domande di iscrizione devono essere compilate sull'apposito modulo, complete di tutte le informazioni richieste. Nel caso di nascita di un figlio, l'Associato potrà darne immediata comunicazione alla Mutua per inserirlo in copertura. Gli iscritti hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente alla Mutua tutti i cambiamenti intervenuti nel proprio stato di famiglia.

2. ISCRIZIONE NEL LIBRO DEI SOCI

Il Consiglio di Amministrazione (CdA), se accetta la domanda di ammissione, iscriverà il nome del nuovo Socio nel libro dei soci della Mutua. Trascorsi 60 giorni dalla presentazione della domanda, la stessa si considererà accolta. Se il CdA non accetta la domanda deve comunicare all'aspirante Socio, entro 30 giorni dalla delibera consigliare, le motivazioni della mancata accettazione a mezzo e-mail o lettera raccomandata. L'aspirante Socio può riproporre la domanda dopo aver rimosso i motivi della mancata accettazione.
È data la possibilità di iscriversi singolarmente, ovvero l'iscrizione può comprendere l'intero nucleo familiare convivente (marito, moglie, conviventi *more uxorio* o uniti civilmente, figli) risultante da autocertificazione; possono essere richieste documentazioni comprovanti.
Possono iscriversi nella stessa posizione eventuali altri parenti aventi stessa residenza del titolare. L'iscrizione deve avvenire nelle medesime formule di assistenza per tutto il nucleo familiare, salvo casi eccezionali autorizzati dal Consiglio di Amministrazione della Mutua. Gli iscritti hanno l'obbligo di comunicare tempestivamente alla Mutua tutti i cambiamenti intervenuti nel proprio nucleo familiare convivente. I congiunti ed i figli, rispettivamente acquisiti o nati successivamente alla data di iscrizione o di estensione dell'assistenza al proprio nucleo familiare, devono essere assoggettati al versamento contributivo. In caso di assistenza alla gravidanza e al parto è necessaria sempre l'iscrizione di entrambi i genitori naturali del bambino anche se non conviventi. I nuovi nati potranno godere dell'assistenza gratuita per il 1° anno di vita con decorrenza immediata. I contributi associativi dovranno essere versati a partire dal compimento del 1° anno di vita. Qualora un familiare non sia più convivente, esca dal nucleo e costituisca una nuova famiglia è necessario aprire una posizione autonoma. L'iscritto che estende l'assistenza sanitaria ai propri familiari, deve inoltrare un'altra domanda con le modalità richieste dall'art. 1 del presente Regolamento. L'estensione dell'assistenza al coniuge, ai figli o altri familiari non sposta la decorrenza del rapporto associativo se l'iscrizione avviene entro 20 gg. dalla data in cui entrano a far parte del proprio nucleo familiare. Se l'estensione dell'assistenza ai familiari avviene, invece, in un secondo tempo, la decorrenza dei termini dell'impegno associativo si intenderà spostata alla data della domanda.

3. DURATA E DECORRENZA IMPEGNO ASSOCIATIVO

L'iscrizione decorre dai giorni 15/30-31 del mese in corso in corrispondenza alla pregressa data del pagamento della quota di ammissione e del contributo associativo. I contributi associativi e la quota associativa possono avere durata annuale, biennale o triennale, a seconda del sussidio scelto e del fatto che il sussidio in questione sia o meno legato ad altri partner tramite il principio della mutualità mediata, con rinnovo automatico, salvo disdetta da inviarsi a mezzo RAR almeno tre mesi prima di ogni scadenza. Mutua Con Te è una Società di Mutuo Soccorso senza fine di lucro e, in quanto tale, non sono ad essa applicabili le norme sul recesso unilaterale previsto per i clienti di Banche o Compagnie di Assicurazioni. Mutua Con Te a sua volta non esercita diritto di recesso nei confronti dei propri Soci.

4. DECORRENZA DELL'ASSISTENZA

Il diritto alle prestazioni, la decorrenza dell'assistenza, l'assistenza per grandi interventi chirurgici conseguenti a malattie manifestatamente preesistenti, così come l'assistenza alla gravidanza ed al parto dei Piani Sanitari Mutua Con Te sono stabiliti e regolati dalla Scheda Sussidio sottoscritta, per accettazione, contestualmente alla Domanda di Iscrizione. In caso di grande intervento chirurgico, l'eventuale preesistenza della patologia che ne ha dato luogo sarà valutata al termine del ricovero dall'Organo Sanitario preposto mediante l'esame della documentazione sanitaria prodotta (cartella clinica ed esami preoperatori). Per altre tipologie di coperture sanitarie si fa riferimento alle norme dello Statuto e del Regolamento Generale della CAMPA Società di Mutuo Soccorso, che garantisce la copertura sanitaria mutualistica e i relativi Piani Sanitari (Vd art. 14 Regolamento Generale CAMPA e Regolamento Ass. Odontoiatrica e IGIC).

5. LIMITE DI ETA'

Le nuove iscrizioni e l'ammissione alle assistenze della Mutua sono consentite fino al 70° anno di età (escluse le assistenze che abbiano un limite di ingresso inferiore, secondo quanto riportato nelle rispettive schede). Gli ultrasettantenni potranno però iscriversi assieme al proprio nucleo familiare del quale faccia parte almeno un componente convivente che non abbia compiuto il 70° anno di età, che assumerà la qualifica di titolare (con le medesime esclusioni sopra descritte). Gli associati già iscritti potranno continuare a godere dell'assistenza senza alcun limite di età.

6. VARIAZIONE PIANO SANITARIO

Per cambiare tipo di PIANO SANITARIO è necessario attendere la scadenza naturale del rapporto associativo in corso. Gli associati, già iscritti ad un piano sanitario, possono però passare ad un tipo di assistenza più ampia anche prima della scadenza del rapporto in corso a partire dal mese di gennaio dell'anno successivo. Il passaggio a tipi di assistenza più ampia (e l'abbinamento di più formule di assistenza) è consentito sino all'età massima prevista per la prima iscrizione. Il passaggio avviene a partire dall'inizio dell'anno solare successivo, con l'applicazione della carenza assistenziale prevista per la fruizione delle prestazioni diverse o maggiorate del nuovo Piano Sanitario.
Il passaggio ad un altro Piano Sanitario fa decorrere nuovamente la durata triennale del rapporto associativo e deve coinvolgere tutto il nucleo familiare già iscritto in altre forme, salvo variazioni che fossero intervenute nello stato di famiglia.

7. SUSSIDI AGGIUNTIVI

Ogni Associato può richiedere sussidi aggiuntivi. La decorrenza del diritto alla prestazione aggiuntiva è da considerarsi al netto di eventuali periodi di carenza previsti dal nuovo sussidio sottoscritto, come da relativa scheda. Dalla data di decorrenza del diritto alla prestazione aggiuntiva si presume la conoscenza delle norme relative alla prestazione aggiuntiva prescelta, che saranno comunque sempre a disposizione dell'Associato sia sul sito che nella sede della Mutua.

8. CONTRIBUTO DI AMMISSIONE E DI SERVIZIO

I soci ordinari (privati singoli e capifamiglia) sono tenuti al pagamento di una quota associativa di ammissione, una tantum, pari ad € 25,00 (Euro venticinque/00).
Ogni anno, i soci beneficiari dei sussidi sono tenuti al pagamento di una quota di servizio e funzionamento pari ad € 50 (Euro cinquanta/00), nella quale è compresa, nel caso dei soci ordinari, la quota associativa di cui al capoverso precedente.
La quota associativa annuale di servizio e funzionamento, in caso di adesione da parte di nucleo familiare, non potrà essere superiore ad € 100 (Euro cento/00).
Ogni anno, i soci beneficiari di sussidi collettivi sono tenuti al pagamento di una quota di servizio e funzione pari ad € 25 (Euro venticinque/00).
Detti contributi potranno essere modificati di anno in anno con delibera del CdA. Il Socio in virtù dell'adesione alla Mutua e al pagamento del contributo associativo di base, avrà diritto alle informazioni sulla vita della stessa, su corsi, eventi, manifestazioni ed altre iniziative riguardanti l'ambito del benessere e della prevenzione.

9. MODALITA' VERSAMENTO CONTRIBUTI ASSOCIATIVI

Per i nuovi iscritti, i contributi da versare sono calcolati in ratei mensili dal momento dell'iscrizione fino alla fine dell'anno (es.: iscrizione in gennaio: contributo annuale intero; iscrizione in aprile: 9/12 del contributo > i ratei da versare sono 9). Per gli anni successivi, il versamento del contributo annuale intero dovrà avvenire entro il 31 gennaio. Il mancato versamento contributivo determina la perdita del diritto all'assistenza, che viene ripristinata 30 gg. dopo l'avvenuta regolarizzazione contributiva. I Soci sono comunque tenuti al rispetto dell'obbligo contributivo anche se non usufruiscono della copertura fino alla scadenza naturale del rapporto associativo. La Mutua, per il recupero dei contributi e il rispetto dell'impegno associativo per le durate previste dall' art. 3 del presente Regolamento, si riserva di agire giudizialmente chiedendo anche il rimborso delle spese legali e amministrative.
Il pagamento dei contributi associativi dovrà essere effettuato:
• mediante ASSEGNO BANCARIO NON TRASFERIBILE intestato a Mutua Con Te - Società di Mutuo Soccorso;
• mediante BONIFICO BANCARIO intestato a Mutua Con Te - Società di Mutuo Soccorso;
• mediante altri mezzi eventualmente predisposti dalla Mutua comunque confacenti al riconoscimento delle detrazioni fiscali del contributo associativo versato.

10. ESCLUSIONI

Non sono mai rimborsabili le spese sostenute per:
- malattie psichiche e mentali, compreso psicoterapia e psicoanalisi;
- manifestazioni morbose in rapporto o in dipendenza di abuso di alcolici o ad uso di stupefacenti;
- le malattie infettive, quando assumano carattere epidemico o pandemico;
- cure estetiche;
- infortuni conseguenti a proprie azioni dolose o delittuose;
- infortuni conseguenti alla pratica di sport pericolosi;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo;
- conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, ed altre calamità naturali devastanti.
- la correzione di difetti congeniti e costituzionali.

Sono considerate spese accessorie extra e, quindi, non rimborsabili, le spese in regime di ricovero, quali tv, telefono, vitto accompagnatore, bar, ecc. Sono, altresì, escluse le spese per la spedizione o la digitalizzazione dei referti o delle note di spesa.

11. PERDITA DEI SUSSIDI PER MOROSITA'. DECADENZA DA SOCIO

Il titolare del rapporto associativo che non ottemperi al tempestivo versamento dei contributi perde il diritto a qualsiasi assistenza per sé e per i familiari. L'assistenza verrà ripristinata 30 giorni dopo l'avvenuta regolarizzazione amministrativa, consistente nel versamento dei contributi e degli interessi di mora.

12. MUTUALITA' MEDIATA E PARTNER DI RIFERIMENTO

In caso di sussidi che usufruiscano del principio di mutualità mediata di altri eventuali partner, verranno assorbite le direttive di base di Statuto e Regolamento del partner mutualistico in questione. Il nuovo Socio Mutua Con Te, all'atto della sottoscrizione, dichiara di impegnarsi a prendere visione e, conseguentemente, ad assumersi diritti ed obblighi dei partner che collaborano al sussidio scelto.

13. ADEGUAMENTO PRESTAZIONI E CONTRIBUTI

La Mutua, in base agli andamenti delle erogazioni dei Piani Sanitari, delibera annualmente entro il mese di novembre l'elenco delle prestazioni e la misura dei relativi sussidi e rimborsi e le modalità di fruizione in forma diretta con le relative franchigie o quote a carico dell'Assistito, che possono variare anche in relazione a modifiche stabilite dal SSN o dalle convenzioni con la rete delle strutture sanitarie. Contestualmente, stabilisce la misura dei contributi associativi necessari a garantire le prestazioni nel rispetto della natura non profit della Società di Mutuo Soccorso coniugato alle esigenze di equilibrio gestionale. Non sono previsti aumenti contributi ad personam, ma viene applicato il principio della suddivisione mutualistica dei rischi tra tutti i Soci della Mutua.

15. ADESIONE A PIU' CLASSI DI PRESTAZIONI

Al Socio ammesso congiuntamente anche ad una o più prestazioni aggiuntive, che possano prevedere più sussidi o servizi per il medesimo stato di disagio, viene riconosciuto un solo sussidio nella prestazione economicamente più favorevole per il Socio medesimo. Tale principio vale anche all'interno dello stesso sussidio che preveda il rimborso e/o l'indennizzo derivante dallo stesso evento: varrà sempre il principio del riconoscimento del rimborso e/o dell'indennizzo per la garanzia economicamente più favorevole per il Socio.

17. OPERATIVITA' DELLA MUTUALITA'

Le prestazioni fornite dalla Mutua sono operanti nei termini previsti dalle singole Schede Sussidio scelte e sottoscritte dal Socio. Pertanto, la decorrenza delle garanzie, l'oggetto dei servizi e delle prestazioni, i massimali e gli indennizzi, gli scoperti e le franchigie, i casi di non operatività delle prestazioni e la disciplina dei rimborsi relativi a malattie preesistenti all'iscrizione, sono regolamentati dalle Schede Sussidio effettivamente scelte dal Socio. Si fa comunque riferimento alle norme dello Statuto e del Regolamento Generale della CAMPA Società di Mutuo Soccorso, che garantisce la copertura sanitaria mutualistica e i relativi Piani Sanitari (Vd. art 14 Regolamento Generale CAMPA e Regolamento Ass. Odontoiatrica e IGIC).

18. MODALITA' PER LA FRUIZIONE DELL'ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA E PER IL CONSEGUIMENTO DEI RIMBORSI IN FORMA INDIRETTA

Forma Diretta - Prestazioni specialistiche: inviare a Mutua la prescrizione del Medico curante di Medicina Generale completa di sospetto diagnostico, indicando il Centro scelto, per ricevere il foglio di autorizzazione. Telefonare al centro medico per un appuntamento con un professionista convenzionato. Presentarsi il giorno dell'appuntamento al centro medico con la tessera Socio e l'autorizzazione ricevuta.
Forma Indiretta - Prestazioni specialistiche: le ricevute di spesa e i ticket dovranno essere trasmessi a Mutua Con Te – CAMPA, mediante caricamento sull'area personale del sito della Mutua entro 30 gg. dalla loro emissione, unitamente alla copia della prescrizione del Medico curante di Medicina Generale completa di sospetto diagnostico, alla copia del referto da cui si evinca la tipologia di prestazioni effettuate e al modulo di richiesta rimborso della Mutua compilato e sottoscritto. Quest'ultimo dovrà essere anticipato anche via e-mail all'indirizzo: info@mutuaconte.it.
Per Indennità giornaliera da ricovero: occorre effettuare l'apertura della malattia inoltrando la domanda di assistenza entro 8 gg. dall'inizio della degenza, mediante l'invio del certificato medico contenente la richiesta di ricovero. Alla fine del ricovero, dovranno essere trasmessi a Mutua Con Te – CAMPA, mediante caricamento sull'area personale del sito della Mutua, entro il termine di tre mesi: 1) documentazione della struttura sanitaria attestante il ricovero, con l'indicazione del giorno di ingresso e di dimissione, completa di motivazione del ricovero; 2) copia della cartella clinica; 3) modulo di richiesta rimborso della Mutua compilato e sottoscritto, quest'ultimo da anticiparsi anche via e-mail all'indirizzo: info@mutuaconte.it. Per ricoveri oltre i 20 giorni contattare Mutua Con Te per la prosecuzione.

19. INAMMISSIBILITA' AL RIMBORSO

La mancata apertura della malattia e il mancato invio della documentazione di spesa e delle relative prescrizioni, entro i termini previsti dal presente Regolamento, costituisce causa di decadenza dal diritto al conseguimento dei rimborsi e delle prestazioni. Potranno essere giustificati ritardi causati da impossibilità o forza maggiore opportunamente motivati e documentati. Non potranno, in nessun caso, essere ammesse a rimborso le note di spesa di ciascun anno che pervengano oltre il termine del 31 gennaio dell'anno successivo (eccetto i termini più lunghi previsti in caso di ricovero). La Mutua può effettuare gli accertamenti sanitari sugli associati ammalati che richiedono le prestazioni ai sensi del presente Regolamento, attraverso l'attività dei propri medici fiduciari. Il rifiuto di sottoporsi agli accertamenti sanitari determina la decadenza del diritto alle prestazioni per la malattia in corso.

20. DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PER LA DOMANDA DI SUSSIDIO

La Società di Mutuo Soccorso stabilisce nel rispetto dello Statuto sociale e del Regolamento applicativo, la documentazione necessaria da produrre a supporto di ciascuna domanda di sussidio, anche se richiesta dall'eventuale partner mutualistico. Il Socio, con la domanda di ammissione, prende coscienza che la Mutua può richiedergli tutta la documentazione, anche antecedente la domanda di ammissione, che ritiene opportuna a conferma della validità della domanda di sussidio o servizio richiesto. Tale documentazione può essere richiesta anche d'iniziativa dalla Società di Mutuo Soccorso agli enti competenti al relativo rilascio. La mancata o incompleta presentazione della documentazione comporta la possibilità per la Società di far decadere il diritto al sussidio, qualora la documentazione medesima non venga fornita entro 90 giorni dalla presentazione della domanda di sussidio.

21. CONSERVAZIONE DELLE RICEVUTE E CONFORMITA' DELLA DOCUMENTAZIONE PER RICHIESTA RIMBORSI

Tutte le ricevute dei versamenti dei contributi associativi dovranno essere conservate dal Socio a comprova dei pagamenti effettuati, entro il termine di prescrizione di cinque anni. All'atto della richiesta di rimborso o del servizio mutualistico, il Socio deve allegare alla domanda tutti i documenti previsti per la domanda di rimborso o di servizio. Tutti i documenti allegati devono risultare aggiornati e conformi a quanto richiesto, oltre che fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.
La documentazione di spesa sostenuta può essere prodotta in fotocopia. In ogni caso, la Mutua si riserva di richiedere l'esibizione dell'originale in caso di necessità amministrative Non sono ammessi documenti che presentino correzioni e/o cancellature. Nell'ipotesi di presentazione di documenti corretti, cancellati o comunque artefatti, il Socio decade dal diritto al rimborso al quale tali documenti si riferiscono.

22. RECESSO DA SOCIO

Il Socio è libero di recedere da Socio della Mutua alla fine del periodo previsto al momento della sottoscrizione o anticipatamente, facendosi, però, carico di tutte le obbligazioni previste e completando, altresì, i versamenti delle restanti somme contributive.

23. MORTE DEL SOCIO

In caso di morte del Socio, i sussidi spettanti per tale evenienza verranno liquidati agli eredi legittimi nelle misure e nelle forme previste dal Codice Civile, a seguito di loro richiesta scritta. Alternativamente, i sussidi verranno liquidati agli eventuali beneficiari indicati dal Socio in vita, secondo le disposizioni del Codice Civile in materia di successione testamentaria, a seguito di loro richiesta scritta. Gli eredi legittimi e/o i beneficiari ai quali andranno liquidati i sussidi dovranno delegare, con procura autenticata da un notaio o altra autorità competente, uno solo di loro a riscuotere l'intera somma concessa. Tale pagamento avrà effetto liberatorio ai sensi di legge nei confronti di tutti gli eredi legittimi e/o beneficiari.

24. CONOSCENZA DELLO STATUTO E DEL REGOLAMENTO APPLICATIVO

Il Socio deve attenersi scrupolosamente a tutte le norme e prescrizioni contenute nello Statuto sociale e nel Regolamento applicativo, comprensivo degli allegati relativi alle prestazioni aggiuntive, da ritenersi essenziali, nonché a tutte le delibere regolarmente assunte dagli organi statutari. All'atto della domanda, l'aspirante Socio si impegna a prendere conoscenza delle norme contenute nello Statuto sociale, nel Regolamento applicativo vigente e in tutti i relativi allegati.

28. CONTROVERSIE

In caso di richieste di chiarimenti o di reclami sulla ammissibilità a sussidio delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi e dei sussidi, MUTUA CON TE SMS delega la CAMPA attraverso i suoi Organi a provvedere a fornire le risposte ai propri Associati. Qualora l'Associato non si ritenga soddisfatto della decisione della Commissione medica della Mutua per i casi di controversie di natura medica sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o delle indennità, l'Associato e la Mutua si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di inerzia, da parte del Consiglio dell'Ordine dei Medici di Bologna, in ordine alla decisione circa il diritto al rimborso e alla effettiva entità dovuta, in base alle condizioni della copertura assistenziale. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze del terzo medico. Gli arbitri saranno remunerati in conformità alle tariffe stabilite dalla CCIAA di appartenenza.

29. ESCLUSIONE DI RESPONSABILITA' DELLA MUTUA PER PRESTAZIONI EROGATE PRESSO STRUTTURE E/O DA PROFESSIONISTI CONVENZIONATI

È da ritenersi esclusa ogni responsabilità anche indiretta, a qualsiasi titolo, nessuno escluso, della Mutua per eventuali danni arrecati al Socio e/o ai propri aventi diritto a seguito delle prestazioni erogate presso strutture o da professionisti convenzionati con la stessa o con Società incaricate a erogare servizi di network sanitario e servizi di gestione delle pratiche di rimborso sia in forma diretta che indiretta.

30. MODIFICHE DELIBERATE DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Il CdA nei casi di particolare necessità può deliberare modifiche al Regolamento applicativo e ai suoi allegati, con l'obbligo di comunicare tali modifiche alla prima Assemblea utile dei soci.