



Società Generale di Mutuo Soccorso

DEA DIGITAL

REGOLAMENTO DEL SUSSIDIO PA GIOVANI

Edizione 2021 - DEA DIGITAL

Associato: la persona fisica, associata alla DEA DIGITAL, 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 DEA DIGITAL.

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 DEA DIGITAL.

Contributo: la somma dovuta dal Contraente ad DEA DIGITAL 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/Comparsazione: 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 sostitutiva il rimborso, richiesta in sostituzione dello stesso ad DEA DIGITAL 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 richiede la permanenza in osservazione nel post-Intervento.

Ipazia Service Srl: società, di cui si avvale DEA DIGITAL, 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 linfomioproliferative 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 DEA DIGITAL 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.

Rette di degenza: il trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, comportante il pernottamento, 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: DEA DIGITAL

Strutture Mediche Convenzionate (Network): l'insieme degli Istituti di cura, ambulatori medici, centri diagnostici, centri odontoiatrici, dentisti, équipe e medici convenzionati con DEA DIGITAL e/o Ipazia Service Srl che forniscono le prestazioni all'Associato, il cui costo viene sostenuto da DEA DIGITAL, 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 DEA DIGITAL 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 DEA DIGITAL 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 DEA DIGITAL.

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 DEA DIGITAL 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 DEA DIGITAL provvede al rimborso/indennizzo di spese e/o indennità, del maggior importo dovuto dalla DEA DIGITAL 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 DEA DIGITAL:

Mail: backoffice@deadigitalmutua.it

Telefono: 0774.768710

Fax: 06.89184300

Art. 1 - Informazioni generali

Art. 1.1 – Durata e proroga del Sussidio

Il presente piano sanitario ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo, fino al massimo al 45° anno di età.

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 manifestamente 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: DEA DIGITAL Società generale di mutuo Soccorso, Via della Farnesina, 272, 00135, Roma (RM) oppure deadigitalmutua@legalmail.it.

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 DEA DIGITAL. La copertura sottoscritta ha effetto dalle 24:00 del giorno di delibera del CdA, 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 su carta di credito;

b) PayPal.

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

- Mensile: versamento unico delle prime tre rate alla sottoscrizione della domanda di adesione e dalla quarta rata il contributo potrà essere versato con rate mensili fino a recesso o esclusione;
- 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.

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 DEA DIGITAL 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. Inoltre, in caso di sospensione dei contributi da parte dell'assistito, successivamente alla richiesta di rimborso avanzata dallo stesso, DEA DIGITAL procederà comunque alla liquidazione decurtando gli importi dovuti dall'assistito sulla liquidazione medesima.

Art. 1.3 - Adeguamento del Contributo

omissis

Art. 1.4 - 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. 1.5 - Modifiche del Regolamento del Sussidio

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

Art. 1.6 - Aggravamento e diminuzione del rischio

I Beneficiari della Copertura sanitaria devono dare comunicazione scritta a DEA DIGITAL - 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.

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 il 45° anno di età, con obbligo di uscita alla scadenza annuale della copertura, successiva al compimento del 45° anno di età, salvo se diversamente indicato nel sussidio.

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 DEA DIGITAL 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 DEA DIGITAL, 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'DEA DIGITAL 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) omissis
- 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 90° 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 DEA DIGITAL.

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, oltre a tutte le garanzie non espressamente previste nel piano sanitario sottoscritto:

- 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;
- 3)** le spese relative a conseguenze di Malattie o esiti di Infortuni non conosciuti dall'Associato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla messa in copertura, limitatamente ai primi 180 giorni di efficacia del Sussidio;
- 4)** le Malattie mentali o del sistema nervoso, le psicopatie in genere, le Malattie nevrotiche, incluse le sindromi ansiose o depressive, i disturbi schizofrenici, paranoide 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 cellululo-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;
- 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 disturbi 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 insorte a seguito di malattia o infortunio 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.

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) DEA DIGITAL 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) DEA DIGITAL 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;
- interventi chirurgici e grandi interventi chirurgici ortopedici, con applicazione delle relative protesi, anche senza l'utilizzo della robotica.

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

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: DEA DIGITAL – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via della Farnesina, 272, 00135, Roma (RM) oppure deadigitalmutua@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. 3.2 - 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: **DEA DIGITAL – Società Generale di Mutuo Soccorso**, Via della Farnesina, 272, 00135, Roma (RM) oppure deadigitalmutua@legalmail.it.

Resta inteso che in caso di trasferimento della residenza all'estero, la copertura cessa con effetto immediato da quando si ha avuto conoscenza e DEA DIGITAL non rimborserà al Contraente né il contributo pagato e non goduto, né darà seguito alla richiesta di rimborso avanzata dallo stesso.

Art. 3.4 - 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 Roma, fermo restando per DEA DIGITAL 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).

Sezione 4: Garanzie Ospedaliere

omissis

Sezione 5 – Extra – Ricovero

Art. 5.1 - Spese extra ricovero

Le presenti garanzie operano anche per Infortunio o Malattia non connessi a un Ricovero o Intervento chirurgico nel rispetto dei limiti di seguito indicati. Il rimborso di quanto previsto viene effettuato con applicazione di uno Scoperto ed un minimo non rimborsabile, indicato nel piano sanitario sottoscritto, per ciascuna garanzia e per prestazione. Lo scoperto è applicato sull'intero ciclo di cura previsto dalla prescrizione medica relativa all'Infortunio o alla Malattia. Qualora l'Associato sia ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, i ticket corrispondenti alle spese sostenute saranno rimborsati senza applicazione dello Scoperto e nei limiti dello specifico massimale previsto. Per l'attivazione di tali garanzie è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Art. 5.2 - Alta diagnostica

DEA DIGITAL 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
- Chemioterapia
- Cistografia
- Cobaltoterapia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Diagnostica radiologica
- Dialisi
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- Ecografia
- EGDS (esofagoscopia + gastroscopia + duodenoscopia)
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Flebografia
- Gastroscopia
- Laser terapia
- Mammografia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare RMN
- Scintigrafia
- Telecuore
- Tomografia Ass.le Completa TAC
- Urografia.

Art. 5.2.1 - Diagnostica

DEA DIGITAL 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. 5.3 - Visite specialistiche

DEA DIGITAL rimborsa, nel rispetto del massimale del sussidio prescelto, le spese per onorari dei medici per visite effettuate da specialisti rese necessarie da Infortunio o Malattia, anche non connessi a un Ricovero, purché la specializzazione del curante sia a questi attinente. Restano escluse comunque le visite odontoiatriche e odontotecniche.

Art. 5.4 – Ticket S.S.N.

Le prestazioni di cui al presente regolamento indicate nelle specifiche sezioni di ricovero ed extra ricovero svolte in regime di S.S.N., vengono rimborsate all'Associato nella misura del 100% senza nessuna quota a carico dell'associato e nel limite del massimale del sussidio prescelto. Inoltre, per i soli fini di prevenzione, in deroga alle condizioni generali del sussidio, potrà essere rimborsato l'importo massimo di € 100,00 annui quali ticket del sistema sanitario nazionale rivolto alla prevenzione di qualunque malattia.

Altre Garanzie

- Assistenza Long Term Care

La garanzia relativa alle cure denominate "Long Term Care" si attiva in relazione all'insorgenza di eventi imprevisti ed invalidanti dell'Associato contraente, derivanti sia da infortunio che da malattia, tali da comportare uno stato di non autosufficienza per il quale l'Associato non può svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana. È considerata non autosufficiente la persona che venga a trovarsi nell'impossibilità fisica, clinicamente accertata, di poter compiere almeno 4 delle 6 delle seguenti attività:

- **Lavarsi:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo. Ciò implica che l'Associato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni;
- **Vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti. Ciò implica che l'Associato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; a capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante.
- **Nutrirsi:** Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi; Ciò implica che l'Associato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo.
- **Mobilità:** Capacità di muoversi all'interno della casa su superfici piane. Ciò implica che l'Associato è in grado di muoversi eventualmente con l'aiuto di una stampella, una sedia a rotelle, ecc.;
- **Continenza:** Capacità di controllare le funzioni corporali cioè espletarle mantenendo un sufficiente livello di igiene, senza l'aiuto di una terza persona. Ciò significa che l'Associato è in grado di gestire i suoi bisogni in maniera autonoma; questa definizione però non comprende la continenza urinaria totale (una leggera incontinenza urinaria è comune nelle persone anziane);
- **Spostarsi:** Capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona. Un comitato medico incaricato dalla DEA DIGITAL valuterà lo stato di salute dell'Assistito in base alla richiesta dello stesso, corredata di tutta la documentazione necessaria:
- modulo di richiesta di rimborso (scaricabile dalla personale del sito di DEA DIGITAL o richiedibile alla Centrale Salute);
- certificato del medico curante con indicazione dell'insorgere della non autosufficienza corredata dalla tabella dei punteggi (scaricabile dalla sezione personale del sito della DEA DIGITAL o richiedibile alla Centrale Salute) compilata dal medico curante oltre a:
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza;
- documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni mediche, accertamenti diagnostici) utile alla valutazione del quadro clinico;
- ogni altro documento che fosse necessario per attestare l'insorgenza dello stato di non autosufficienza.

L'Associato deve fornire tutte le informazioni relative al proprio stato di salute e si assume la responsabilità della veridicità delle dichiarazioni rese, dando modo al Comitato Medico di DEA DIGITAL di esaminare e valutare tempestivamente la documentazione ricevuta e comunque entro 180 giorni dal ricevimento della stessa.

L'accertamento con esito positivo di una non autosufficienza permanente dà diritto all'Associato al riconoscimento della prestazione nel rispetto del massimale del sussidio prescelto. L'Associato potrà beneficiare della presente garanzia una sola volta dalla sottoscrizione del sussidio anche in presenza di successivi rinnovi.

L'accertamento con esito positivo di una non autosufficienza temporanea dà diritto all'Associato al riconoscimento della prestazione nel rispetto del massimale del sussidio prescelto, consistente nel rimborso di tutte le spese sanitarie e assistenziali, sostenute e da sostenere debitamente documentate e strettamente collegate allo stato di non autosufficienza. DEA DIGITAL si riserva la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Associato non autosufficiente e in caso di recupero dello stato di autosufficienza comunicherà allo stesso la sospensione del sussidio dal momento dell'accertamento. In questo caso resterà nella disponibilità dell'Associato la parte residuale non goduta per altri eventi che si verificassero nel corso di validità del sussidio, qualora non fosse stato raggiunto il limite massimo della prestazione prevista.

Il rifiuto da parte dell'Assistito di sottoporsi ad accertamenti sanitari di revisione e/o di fornire documentazione comprovante il persistere dello stato di non autosufficienza comporta di fatto la revoca del rimborso con effetto immediato.

- **Assistenza invalidità permanente da infortunio**

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'Associato, totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la copertura è scaduta), DEA DIGITAL eroga un indennizzo, fino al massimale del sussidio prescelto, con applicazione di una franchigia relativa del 5% a carico dell'associato, corrispondente al grado percentuale di invalidità permanente accertata, come riportato di seguito in tabella. Il grado di invalidità permanente viene accertato facendo riferimento ai valori indicati nella Tabella Invalidità Permanente INAIL.

Esempio calcolo punteggio indennità:

Punti di percentuale di invalidità permanente accertata	Punti di percentuale di invalidità indennizzabile
Sino a 5%	0%
Da oltre 5% e sino a 10%	Stessa percentuale accertata - 5%
Da oltre 10% e sino a 65%	Stessa percentuale accertata
Da 66% a 100%	100%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella tabella allegata, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati: - nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle sopra elencate, le percentuali sono calcolate entro il limite di quelle sopra indicate ed in proporzione alla funzionalità perduta; - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso; - nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori sopra elencati e ai criteri sopra riportati, la stessa viene comunque determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'associato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori sopra indicati e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%. %.

- **Assistenza morte da infortunio**

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza la morte dell'Associato contraente, la DEA DIGITAL corrisponde un indennizzo, nel rispetto del massimale del sussidio prescelto e in un'unica soluzione, ai beneficiari o in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza del medesimo infortunio, l'Associato muore entro due anni dall'infortunio (anche se nel frattempo la copertura è scaduta) la DEA DIGITAL corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma prevista per il caso morte, se questa è maggiore senza chiedere il rimborso in caso contrario. Se la salma dell'Associato non viene ritrovata, DEA DIGITAL liquida il capitale garantito dopo 6 mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli art. 60 e 62 cod. civ. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'Associato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, DEA DIGITAL ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Associato avrà così diritto all'indennizzo, spettante ai sensi di copertura, per altri casi eventualmente garantiti.

- **Assistenza familiari superstiti**

La DEA DIGITAL entro il massimale previsto dal sussidio prescelto, in caso di decesso del sottoscrittore del Sussidio, provvede al rimborso delle spese funerarie, di seguito elencate, sostenute dai familiari superstiti. La Mutua provvederà al rimborso delle seguenti spese:

- Decorazione dei locali
- Composizioni floreali
- Celebrazione del servizio religioso da un ministro di culto
- Preparazione del corpo
- Costi della bara
- Trasferimenti dal luogo della veglia funebre al cimitero
- Cremazione.

Qualora il lavoratore venga a mancare sul posto di Lavoro oppure nel c.d. viaggio in itinere il massimale riconosciuto dalla Mutua sarà il doppio rispetto a quanto indicato nel piano sanitario sottoscritto.

- **Care Angel**

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Associato debba sottoporsi ad intervento chirurgico, potrà telefonare alla Centrale Operativa, che previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente ed accertata la necessità della prestazione, provvederà ad individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, un centro ospedaliero attrezzato per l'intervento in Italia e all'estero. La prestazione viene fornita dalle 9.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi.

- **Teleconsulto**

Il servizio di Teleconsulto è una consulenza telematica che permette ai pazienti e/o ai medici curanti che lo richiedono di avere un consulto medico-scientifico, da parte di medici specialisti, senza necessità di recarsi presso una struttura sanitaria. Su facoltà di ciascun medico specialista sarà possibile il rilascio di un referto clinico, firmato elettronicamente, avente validità legale e utilizzabile anche come prescrizione clinica (ricetta bianca), in tutto simile ad un referto rilasciato a seguito di visita medica eseguita di persona.

- **Videoconsulto**

Oltre a quanto previsto nel teleconsulto, la consulenza medica da remoto può essere richiesta anche con supporto video/audio. Il contatto audio e video tra medico e paziente consente una interazione diretta per una maggiore efficacia del consulto in determinati contesti clinici che lo richiedano. Viene effettuata attraverso l'utilizzo di un'avanzata tecnologia che garantisce l'assoluta privacy della comunicazione e dà la possibilità di avvalersi di un'chatper lo scambio di messaggi testuali e la condivisione di materiali tra paziente e medico. Al termine della sessione il medico può emettere un referto della visita firmato elettronicamente.

- **Assistenza psicologica (videoconsulto)**

La DEA DIGITAL eroga all'associato un videoconsulto per una seduta di psicoterapia erogata dal Centro di Formazione Strategica per il tramite del Prof. Dott. Ivano Cincinnato.

Sezione 6: Servizi H24

Omissis

Sezione 7: Modalità di erogazione delle Prestazioni

7.1 - Centrale Salute

Per tutto il corso di validità del Sussidio, l'Assistito avrà a disposizione il supporto della Centrale Salute di DEA DIGITAL che è incaricata dalla DEA DIGITAL di:

operare come Centrale Salute attraverso il Numero dedicato 0774.768710, 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 per ricevere i servizi/prestazioni del presente Sussidio ai seguenti recapiti:

Telefono: 0774.768710

Fax: 06.89184300

E-mail: assistenza@deadigitalmutua.it

Indirizzo: Via della Farnesina, 272, 00135, Roma (RM)

7.2 - 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.

7.3 - Modalità erogazione prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Sussidio possono essere erogate nella seguente modalità:

1) Accesso alle prestazioni in forma indiretta

1) Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma indiretta

Gli Assistiti potranno richiedere il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute presso Strutture Non Convenzionate con la Centrale Salute, nei limiti e secondo le condizioni previste nel Sussidio di riferimento. La procedura di richiesta di rimborso in forma indiretta deve essere attivata entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità, inviando il modulo di Rimborso Spese Mediche debitamente compilato (e disponibile sul sito www.deadigitalmutua.it) e allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi, copia delle fatture e dei relativi referti, secondo le modalità riportate sul modulo stesso.

Anche la richiesta in forma indiretta potrà essere presentata mediante compilazione del Modulo On-line sul sito www.deadigitalmutua.it 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/ erogazione del contributo economico. Tutta la documentazione suddetta potrà essere inviata in copia 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. In caso di infortunio, la denuncia dell'evento deve essere corredata dalla copia della cartella clinica di pronto soccorso o certificato equivalente di struttura pubblica e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

7.4 - 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, si richiede copia del verbale di pronto soccorso o altro presidio ospedaliero, da reperirsi entro le 48 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;
- 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.

DEA DIGITAL
Il Presidente
Alessandro Di Virgilio

GARANZIE EXTRA OSPEDALIERE	ST PA GIOVANI (massimale per anno)
Alta diagnostica Angiografia; Flebografia; Scintigrafia; Risonanza Magnetica Nucleare RMN; Artografia; Broncografia; Mammografia; Mielografia; Urografia; Tomografia Ass.le Completa TAC; Arteriografia digitale; Broncoscopia; ecc.	€ 1.000,00 Scoperto 20%, con il minimo di € 50,00
Altri accertamenti e Visite Specialistiche	€ 500,00 Scoperto 20%, con il minimo di € 50,00
Ticket SSN	100% € 100,00 (prevenzione/controlli)
ALTRE GARANZIE	
Assistenza Long Term Care	€ 1.000,00/mese per max. 24 mesi
Assistenza Invalidità Permanente da Infortunio	€ 10.000,00
Assistenza Morte da infortunio	€ 10.000,00
Assistenza Superstiti	€ 1.500,00 (in servizio € 3.000,00)
Care Angel	SI
Teleconsulto	SI
Videoconsulto	SI
Assistenza psicologica (videoconsulto)	SI
CONTRIBUTI*	
Contributo Annuo – Single	€ 600,00

Ingresso età max. 18 anni compiuti – uscita obbligatoria 45 anni.

DEA DIGITAL
 Il Presidente
 Alessandro Di Virgilio