



FONDO PROMOTORI FINANZIARI

OPZIONE A

GARANZIE OSPEDALIERE		Caratteristiche
Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo		€ 50.000
- compreso Day Hospital/ Day Surgery - sub max		€ 1.500 per evento
- compreso Parto Naturale (*) - sub max annuo		€ 1.000,00
- compreso Parto Cesareo/Aborto Terapeutico - sub max annuo		€ 2.000,00
- compreso Interventi Ambulatoriali - sub max annuo		€ 1.500 per evento
In network in forma diretta e indiretta - percentuale spesa a carico		al 100%
Out Network - percentuale spesa a carico		10% min. non indennizzabile € 500 e max € 5.000 per ricovero
DI CUI		
Pre ricovero con/senza intervento (in/out network)		30 gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici		SI
- trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, fino al luogo di degenza - sub max unico annuo		€ 1.000
Durante il ricovero (in/out network)		
- retta di degenza - in network		al 100%
- retta di degenza - out network		max € 250/g
- retta accompagnatore		€ 25/g max 30gg annui
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento, medicinali ed esami (in caso di intervento)		SI
- accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, medicinali ed esami riguardanti il periodo di ricovero (in caso di ricovero/day Hospital senza intervento)		SI
- assistenza medica ed infermeristica		SI
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento		SI
- trattamenti fisioterapici e rieducativi - sub max unico annuo		€ 3.000
- trasporto in ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario dell'Associato ad altro luogo di cura - sub max unico annuo		€ 1.000
Post ricovero con/senza intervento (in/out network)		30 gg
- esami diagnostici e visite specialistiche		SI
- prestazioni mediche		SI
- trattamenti fisioterapici e rieducativi - sub max unico annuo		€ 3.000
- medicinali (con prescrizione medica) - sub max annuo		€ 150
- cure termali (escluse spese alberghiere)		SI
- trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, per il rientro al proprio domicilio - sub max unico annuo		€ 1.000
Indennità Sostitutiva Ricovero con Intervento		€ 50/g max 30 gg annui
Indennità Sostitutiva Ricovero senza Intervento		€ 30/g max 30 gg annui, franchigia 3 gg
Pre/Post SSN		30/30 gg
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Specializzazione e Terapie (da elenco) - max annuo	€	1.000,00
In network (forma diretta e indiretta) - quota spesa a carico		€ 60 per prestazione
Out network (forma indiretta) - percentuale spesa a carico		10% min. non indennizzabile € 90 per prestazione
Ticket - max annuo		al 100%, € 500
SUSSIDIO PER NON AUTOSUFFICIENZA		
Long Term care		durata 18 mesi
rimborso spese mediche		massimale annuo € 2.400, sub massimale mensile € 200
PREVENZIONE		
Prevenzione odontoiatrica - in network in forma diretta		max 1 volta all'anno
ASSISTENZA H24		
- Consulenza Medica Telefonica		24 ore su 24
- Invio di un Medico a domicilio		Durante le ore notturne o nei giorni festivi
- Invio Ambulanza		Successivamente al ricovero di primo soccorso, Max 100 km a/r
- trasporto dal luogo dell'infortunio o malattia al più vicino e idoneo centro ospedaliero;		SI
- trasporto dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricovero presso un altro centro ospedaliero;		SI
- rientro al proprio domicilio a seguito dimissioni da un centro ospedaliero a condizioni che, a giudizio del medico curante, l'assistito non possa utilizzare altro mezzo		SI
SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura		SI
Accesso al network di strutture e medici convenzionati con sconti dal 10% al 35%		SI
Contributo SINGLE	€	500,00
Contributo Annuo NUCLEO	€	1.050,00

(*) Per il parto fisiologico, non previste pre e post ricovero. Rimborsate le spese durante: sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche, medicinali riguardanti il periodo di ricovero; rette



mutua basis assistance

FONDO PROMOTORI FINANZIARI

OPZIONE C1

GARANZIE OSPEDALIERE

Caratteristiche

Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo	€ 400.000
- compreso Day Hospital/ Day Surgery - sub max	€ 3.000 per evento
- compreso Parto Naturale (°) - sub max annuo	€ 5.000,00
- compreso Parto Cesareo/Aborto Terapeutico - sub max annuo	€ 5.000,00
- compreso Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	€ 3.000 per evento
In network in forma diretta e indiretta - percentuale spesa a carico	al 100%
Out Network - percentuale spesa a carico	10% min. non indennizzabile € 500 e max € 5.000 per ricovero
DI CUI	
<i>Pre ricovero con/senza intervento (in/out network)</i>	120 gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici	SI
- trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, fino al luogo di degenza - sub max unico annuo	€ 3.000
<i>Durante il ricovero (in/out network)</i>	
- retta di degenza - in network	al 100%
- retta di degenza - out network	max € 250/g
- retta accompagnatore	€ 40/g max 50gg annui
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento, medicinali ed esami (in caso di intervento)	SI
- accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche, medicinali ed esami riguardanti il periodo di ricovero (in caso di ricovero/day Hospital senza intervento)	SI
- assistenza medica ed infermeristica	SI
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento	SI
- trattamenti fisioterapici e rieducativi - sub max unico annuo	€ 5.000
- trasporto in ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario dell'Associato ad altro luogo di cura - sub max unico annuo	€ 3.000
<i>Post ricovero con/senza intervento (in/out network)</i>	120 gg
- esami diagnostici e visite specialistiche	SI
- prestazioni mediche	SI
- trattamenti fisioterapici e rieducativi - sub max unico annuo	€ 5.000
- medicinali (con prescrizione medica) - sub max annuo	€ 500
- cure termali (escluse spese alberghiere)	SI
- trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario, per il rientro al proprio domicilio - sub max unico annuo	€ 3.000
Indennità Sostitutiva	€ 100/g max 70 gg annui
Pre/Post SSN	90/90 gg

GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Specializzazione e Terapie (da elenco) - max annuo	€	5.000,00
In network (forma diretta e indiretta) - quota spesa a carico		€ 30 per prestazione
Out network (forma indiretta)- percentuale spesa a carico		10% min. non indennizzabile € 50 per prestazione
Cure domiciliari ed ambulatoriali - max annuo	€	3.000,00
In network - quota spesa a carico		€ 30 per prestazione
In network/Out network - percentuale spesa a carico		15% min. non indennizzabile € 50 per prestazione
- visite specialistiche - sub max annuo		€ 2.150
- medicinali - sub max annuo		€ 250
- assistenza infermeristica domiciliare - sub max annuo		€ 40/g max € 600
Ticket - max annuo		al 100%, € 2.000
Cure Dentarie - max annuo	€	700,00
In network - percentuale spesa a carico		percentuale spesa a carico 10%
Out network - percentuale spesa a carico		percentuale spesa a carico 25%
Cure Oncologiche - max annuo	€	5.000,00
Lenti ed Occhiali - max annuo	€	300,00
quota spesa a carico		€ 50 per prestazione
SUSSIDIO PER NON AUTOSUFFICIENZA		
Long Term care		durata 36 mesi
rimborso spese mediche		massimale annuo € 6.000, sub massimale mensile € 500
PREVENZIONE		
Check Up Cardiovascolare - centri convenzionati forma diretta		1 volta all'anno, dal 13° mese
ASSISTENZA H24		
		Valida tutto l'anno
- Consulenza Medica Telefonica		24 ore su 24
- Invio di un Medico a domicilio		Durante le ore notturne o nei giorni festivi
- Invio Ambulanza		Successivamente al ricovero di primo soccorso, Max 100 km a/r
- trasporto dal luogo dell'infortunio o malattia al più vicino e idoneo centro ospedaliero;		SI
- trasporto dal proprio domicilio o da un ospedale in cui è ricovero presso un altro centro ospedaliero;		SI
- rientro al proprio domicilio a seguito dimissioni da un centro ospedaliero a condizioni che, a giudizio del medico curante, l'assistito non possa utilizzare altro mezzo		SI
SERVIZI E ASSISTENZA DI CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura		SI
Acesso al network di strutture e medici convenzionati con sconti dal 10% al 35%		SI
Contributo Annuo Single	€	1.700,00
Contributo Annuo Nucleo	€	2.850,00

(*) Per il parto fisiologico, non previste pre e post ricovero. Rimborsate le spese durante: sala parto, accertamenti diagnostici, onorari medici specialistici e di ogni altro soggetto partecipante al parto, cure specialistiche, medicinali riguardanti il periodo di ricovero; rette di degenza).

- (*) Alta Diagnostica e Terapie

a) ALTA DIAGNOSTICA

Angiografia

Broncoscopia

Cistografia o Cistoscopia

Coronarografia

Ecocolordoppler cardiaco

Ecocolordoppler vascolare

Elettroencefalogramma

Esofagogastroduodenoscopia

Isterosalpingografia

Mammografia

Mammotome (agobiopsia mammaria stereotassica)

Mielografia

Pancolonscopia

Risonanza magnetica Nucleare (RMN)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo

Tomografia assiale computerizzata (TAC)

Tomografia ad emissione di Positroni (PET)

Urografia

b) TERAPIE

Dialisi

Chemioterapia

Laserterapia



Associata **ANSI**

mutua basis assistance



DOMANDA DI ADESIONE A: **SOCIO ORDINARIO** (SE IL RICHIEDENTE E' PERSONA FISICA) **SOCIO PARTECIPANTE** (SE IL RICHIEDENTE E' PERSONA GIURIDICA) **SOCIO FRUITORE** (SE IL RICHIEDENTE E' IN CONVENZIONE CON UN SOCIO ADERENTE)

Domanda di iscrizione numero		Convenzione		Codice promotore mutualistico		
Dati del richiedente						
* Ragione Sociale				* Partita IVA IT _____		
* Cognome (se azienda Cognome del legale rapp.)			* Nome (se azienda Nome del legale rapp.)		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
* Luogo di nascita	Prov.	* Data di nascita ____/____/____	Nazionalità	* Codice Fiscale ____-____-____-____-____-____		
* Indirizzo di residenza / Sede legale azienda		* CAP	* Località/Frazione	* Prov.		
* Telefono	* Cellulare	* E-mail a cui saranno inviate tutte le comunicazioni				
Tipo documento <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> PAT. <input type="checkbox"/> PASS.	Numero documento	Ente di rilascio	Data di rilascio ____/____/____	Data di scadenza ____/____/____		
Professione						
Sussidio prescelto		Copertura scelta		Frazionamento del pagamento		
_____ € _____	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Nucleo	Tipo frazionamento: (I frazionamenti possibili sono consultabili nelle schede tecniche dei sussidi)				
_____ € _____	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Nucleo	In caso di frazionamento è obbligatorio compilare il modello di addebito RID secondo le disposizioni SEPA CORE DIRECT DEBIT su carta di credito o conto corrente bancario. E' possibile il frazionamento mensile solo nel caso in cui le singole rate non siano inferiori ad € 40,00 (quaranta/00). Il frazionamento mensile non è permesso al socio partecipante.				
_____ € _____	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Nucleo					
Riepilogo quote e contributi aggiuntivi per richiedente Socio ordinario o fruitore						
Quota associativa di base annuale				€	25,00	
Contributo associativo di base annuale				€	40,00	
Quota associativa Socio fruitore (Socio aderente: _____)				€	____,00	
Contributo aggiuntivo del sussidio prescelto (Nucleo/Singolo)				€	____,00	
TOTALE QUOTA DA VERSARE				€	____,00	
Riepilogo quote e contributi aggiuntivi per richiedente Socio partecipante						
Quota associativa annuale (variabile a seconda del numero dei dipendenti)				€	____,00	
<input type="checkbox"/> Fino a 5: € 50,00 <input type="checkbox"/> Da 6 a 15: € 100,00 <input type="checkbox"/> Da 16 a 30: € 150,00 <input type="checkbox"/> Da 31 a 40: € 250,00 <input type="checkbox"/> Da 41 a 50: € 300,00 <input type="checkbox"/> Da 51 in poi: € 350,00						
Contributo aggiuntivo sussidio scelto (copertura sussidio scelto X numero di dipendenti da garantire) N° dipendenti _____				€	____,00	
TOTALE QUOTA DA VERSARE				€	____,00	
<input type="checkbox"/> Rid Bancario (compilare correttamente il modello allegato per pagamento con rid bancario) <input type="checkbox"/> Carta di credito (compilare correttamente il modello allegato per pagamento con carta di credito) <input type="checkbox"/> Bonifico Bancario intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance - IBAN: IT 72 V 03359 01600 10000063432 <input type="checkbox"/> Bonifico Postale intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance - IBAN: IT 57 T 07601 03200 000006284022 <input type="checkbox"/> Bollettino di Conto Corrente Postale intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance - CC Numero: 6284022 <input type="checkbox"/> Assegno Circolare o Bancario non trasferibile n° _____ intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance						
Il richiedente chiede di inserire nel sussidio prescelto: <input type="checkbox"/> Se stesso e i propri familiari <input type="checkbox"/> Uno o più dei suoi familiari Per la definizione di familiare si veda il regolamento applicativo.						
Familiari da garantire						
Nome	Cognome	Data di nascita ____/____/____	Luogo di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale ____-____-____-____-____-____	Sussidio scelto
Nome	Cognome	Data di nascita ____/____/____	Luogo di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale ____-____-____-____-____-____	Sussidio scelto
Nome	Cognome	Data di nascita ____/____/____	Luogo di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale ____-____-____-____-____-____	Sussidio scelto
Nome	Cognome	Data di nascita ____/____/____	Luogo di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale ____-____-____-____-____-____	Sussidio scelto
Il richiedente dichiara inoltre <input type="checkbox"/> Di non avere nessun tipo di malattia pregressa <input type="checkbox"/> Di avere le seguenti malattie pregresse: _____ <input type="checkbox"/> Che i familiari sopra indicati non hanno nessun tipo di malattia pregressa <input type="checkbox"/> Che i familiari sopra indicati hanno le seguenti malattie pregresse Familiare 1 _____ Familiare 2 _____ Familiare 3 _____ Familiare 4 _____						

Data _____

Il richiedente _____