

Luogo Data

DOMANDA DI ADESIONE A IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA - FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il Sottoscritto

Nato a il Prov.....

Residente Prov. CAP

Via N.

Telefono Cellulare Mail

Codice Fiscale

Professione CCNL di riferimento Inquadramento

CODICE IBAN: INTESTATO A: IT

CHIEDE

CHIEDE L'ISCRIZIONE PER SE STESSO, IN QUALITA' DI ASSOCIATO, A IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA - FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. Dichiaro, a questo proposito, di conoscere e accettare le norme previste dallo Statuto e dal Regolamento di IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA - FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, di impegnarsi al versamento annuale della Quota Associativa pari ad euro 15,00, di conoscere ed accettare l'entità dei Contributi dovuti al Fondo per il/i Piano/i Sanitario/i sottoscritti e la piena ed incondizionata accettazione di essi.

CHIEDE L'ISCRIZIONE, IN QUALITA' DI ASSOCIATO, A FONDO INPIÙ, DEL/I FAMILIARE/I ELENCATO/I NEL RIQUADRO SOTTOSTANTE, il/i quale/i, con la firma apposta acquisisce/acquisiscono i medesimi diritti e impegni del sottoscritto e delega/delegano il titolare a tenere rapporti con il fondo, in particolare per ciò che riguarda i contributi associativi e le comunicazioni informative.

1	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di Parentela	Indirizzo
	Professione e mansione	CCNL di riferimento	Codice Fiscale		Firma
	Mail	Telefono	CODICE IBAN INTESTATO A IT		
2	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di Parentela	Indirizzo
	Professione e mansione	CCNL di riferimento	Codice Fiscale		Firma
	Mail	Telefono	CODICE IBAN INTESTATO A IT		
3	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di Parentela	Indirizzo
	Professione e mansione	CCNL di riferimento	Codice Fiscale		Firma
	Mail	Telefono	CODICE IBAN INTESTATO A IT		

DICHIARA, INOLTRE:

- Dichiaro di aver preso visione delle prestazioni, massimali, scoperti e franchigie previsti dal Piano Sanitario prescelto per l'anno in corso;
- Dichiaro di avere preso visione delle **Esclusioni** e delle **Carenze Temporali** previste dal Piano Sanitario sottoscritto;
- Dichiaro di conoscere ed accettare l'entità dei Contributi dovuti a IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA - FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE per il Piano Sanitario prescelto e la piena ed incondizionata accettazione di essi;
- Dichiaro di impegnarsi al regolare e tempestivo pagamento dei contributi associativi relativi al Piano Sanitario prescelto (nuovo c/c: iban IT 33 W 02008 10010 000020207736 Unicredit Banca, intestato: IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA - FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE);
- All'importo dei contributi annui di ciascun piano sanitario occorre aggiungere la Quota Associativa annuale di euro 15,00 per ogni Dipendente Associato;
- Dichiaro di essere cittadino italiano e di essere iscritto al Servizio Sanitario Nazionale;
- Dichiaro di avere preso visione dello Statuto e Regolamento di IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA - FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, impegnandosi ad osservarli integralmente;
- Dichiaro di accettare sin d'ora ogni variazione dei predetti come pure di ogni altra deliberazione legalmente adottata dagli organi sociali;
- Dichiaro:

Di avere altre forme di Copertura Sanitaria o Polizze Sanitarie (nel qual caso Allegare alla presente Copia della Polizza e ultima quietanza del Pagamento) e si impegna a trasmettere al Gestore Soardo e Associati Srl, l'importo di eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta di rimborso a IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA - FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Di non avere altre forme di Copertura Sanitaria o Polizza Sanitarie. **In Fede In proprio e/o esercente la patria potestà**

IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA - FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

CHIEDE L'ISCRIZIONE PER SE ED EVENTUALMENTE PER I PER I PROPRI FAMILIARI ALLE SEGUENTI OPZIONI:

1- AREA SALUTE

DATA DI DECORRENZA DEL PIANO SANITARIO: IL __ / __ / ____

<p>EASY</p> <input type="checkbox"/> <p>Tutti i Ricoveri, Cure Domiciliati, Alta Diagnostica e Cure Odontoiatriche</p> <p><i>comprende</i></p> <p>Estensione Massimale Ricoveri a 1 milione di euro</p> <p>Long Term Care</p>	<p>TOP</p> <input type="checkbox"/> <p>Tutti i Ricoveri, Cure Domiciliati, Alta Diagnostica e Cure Odontoiatriche</p> <p><i>comprende</i></p> <p>Estensione Massimale Ricoveri a 1 milione di euro</p> <p>Long Term Care</p>	<p>PLUS</p> <input type="checkbox"/> <p>Tutti i Ricoveri, Cure Domiciliati, Alta Diagnostica e Cure Odontoiatriche</p> <p><i>comprende</i></p> <p>Estensione Massimale Ricoveri a 1 milione di euro</p> <p>Long Term Care</p>	<p>ROYAL</p> <input type="checkbox"/> <p>Tutti i Ricoveri, Cure Domiciliati, Alta Diagnostica e Cure Odontoiatriche</p> <p><i>comprende</i></p> <p>Estensione Massimale Ricoveri a 1 milione di euro</p> <p>Long Term Care</p>	<p>(ALTRO)</p> <input type="checkbox"/> <p>Inserire nome Piano</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---	--	---	---

2- AREA ASSISTENZA

<p>PER ASSOCIATO</p> <input type="checkbox"/>	<p>PER NUCLEO FAMILIARE</p> <input type="checkbox"/>
--	---

3- AREA PROTEZIONE

<p>COPERTURA CASO MORTE DA INFORTUNIO</p> <input type="checkbox"/> <p>CAPITALE ASSICURATO</p> <p>.....</p>	<p>COPERTURA PER IL CASO INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO</p> <input type="checkbox"/> <p>CAPITALE ASSICURATO</p> <p>.....</p>	<p>COPERTURA PER IL CASO MORTE (INFORTUNIO E MALATTIA)</p> <input type="checkbox"/> <p>CAPITALE ASSICURATO</p> <p>.....</p>	<p>LONG TERM CARE</p> <input type="checkbox"/> <p>RENDITA MENSILE VITALIZIA</p> <p>.....</p>	<p>DREAD DISEASE</p> <input type="checkbox"/> <p>CAPITALE ASSICURATO</p> <p>.....</p>
---	---	--	---	--

RICORDIAMO AI SIG.RI ASSOCIATI CHE TUTTE LE COPERTURE DI IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA - FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE HANNO SCADENZA AL 31 DICEMBRE DI CIASCUNA ANNUALITA'. LE COPERTURE PREVEDONO TACITO RINNOVO PERTANTO OGNI VARIAZIONE/DISDETTA DELLE STESSE DEVE ESSERE COMUNICATA CON ALMENO 60 GIORNI DI PREAVVISO (MEZZO MAIL/FAX/POSTA ORDINARIA), SALVO DIVERSA COMUNICAZIONE/DISPOSIZIONE DA PARTE DEL FONDO INPIÙ'.

FIRMA DELL'ASSOCIATO PER PRESA VISIONE

CARENZE TEMPORALI - DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI

(non applicabili in caso di continuità di precedenti coperture assicurative sanitarie, esclusivamente per le pari prestazioni)

CARENZE-DECORRENZA - L'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore dei Soci decorre dalle ore 24,00:

- dal primo giorno da cui decorre la qualifica di Socio per le prestazioni derivanti da infortunio, verificatosi dopo tale data, documentato da ricorso ad un Pronto Soccorso Pubblico o da documentazione medica equivalente;
- dal primo giorno del quarto mese successivo a quello da cui decorre la qualifica di socio per i ricoveri, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche conseguenti a malattia;
- dal primo giorno del tredicesimo mese successivo a quello da cui decorre la qualifica di Socio per le garanzie riferite alla gravidanza come il parto, l'aborto spontaneo, terapeutico e volontario (purché eseguito a norma di legge), e ogni tipo di assistenza ad essi correlata. L'inizio dello stato di gravidanza deve essere certificato da dichiarazione medica e deve essere insorto almeno 12 mesi dopo la data di iscrizione al Fondo InPiù.
- dal primo giorno successivo al trentaseiesimo mese da cui decorre la qualifica di Socio per le malattie preesistenti e/o recidivanti e per gli interventi cruenti derivanti da infortunio verificatosi in data antecedente quella dalla quale decorre la qualifica di Socio.

FIRMA DELL'ASSOCIATO PER PRESA VISIONE

ESCLUSIONE DALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

(valide per tutte le prestazioni del Piano Sanitario)

Dalle prestazioni di assistenza sono in ogni caso escluse le spese sostenute in conseguenza di:

1. Epilessia
2. Abuso di alcolici
3. Anoressia e bulimia
4. Uso non terapeutico di allucinogeni, psicofarmaci o stupefacenti
5. Malattie mentali e disturbi psichiatrici in genere
6. Psicoanalisi e sedute terapeutiche, sia individuali che di gruppo
7. A.I.D.S. e patologie correlate
8. Conseguenze collegabili a disturbi cromosomici
9. Visite, indagini diagnostiche ed interventi conseguenti a infertilità, sterilità e impotenza sia maschile che femminile ivi compreso qualsiasi trattamento effettuato in aiuto alla procreazione
10. Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi per neoplasia maligna
11. Prestazioni di cosiddetta "medicina alternativa e/o non convenzionale"
12. Infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose
13. Infortuni conseguenti ad attività, professionali e non, connesse all'impiego di aeromobili (fatto salvo l'uso in qualità di passeggero di linee aeree regolari), nonché ad attività di paracadutismo (anche ascensionale), pratica di deltaplano, parapendio e simili.
14. Infortuni conseguenti alla pratica degli sport definiti pericolosi, come: pugilato, atletica pesante e lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio e speleologia, salto dal trampolino con sci, idrosci, sci acrobatico, bob, rugby e football americano, immersione con autorespiratore, sport non legali e/o effettuati con l'utilizzo di mezzi ed attrezzature non autorizzate;
15. Gli infortuni derivanti dagli sport praticati a livello professionistico (comprese gare ed allenamenti). Per sport professionali si intendono quelli che determinano una retribuzione, in premi o in denaro.
16. Eventi causati da atti di guerra, da incidenti nucleari o da radiazioni (sono peraltro comprese quelle riferite alla radioterapia)
17. Cure dentarie, parodontarie e protesi dentarie fatta eccezione di quelle a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio e solo se documentate da referto del Pronto Soccorso, nonché di quelle previste al punto A.6 del presente piano sanitario
18. Cure ed interventi per l'eliminazione e/o correzione dei vizi di rifrazione;
19. Ricoveri determinati da finalità dietetiche ed estetiche o dalla cura del corpo (centri del benessere/istituti termali)
20. Ricoveri per lunga degenza, intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'assistito che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
21. Le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti e/o preesistenti alla iscrizione al Fondo. Per difetto fisico congenito/malformazione si intende ogni alterazione/imperfezione/mancanza di un organo o apparato congenito ovvero verificatosi nel corso dello sviluppo fisiologico, che sia noto o evidente o diagnosticato in epoca antecedente alla iscrizione al Fondo;
22. Check-up di medicina preventiva.
23. Gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzati alla cura dell'obesità
24. Agopuntura ed elettroagopuntura

FIRMA DELL'ASSOCIATO PER PRESA VISIONE

MODALITA' PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

(valide per tutte le prestazioni del Piano Sanitario)

Ciascun Associato dovrà provvedere all'attivazione della Piattaforma Rimborsi seguendo le istruzioni rilasciate dal Fondo e l'apposito Manuale Utente, ricevuto in sede di iscrizione. Attraverso la Piattaforma Rimborsi l'Associato provvederà a caricare on line copia della documentazione sanitaria e di spesa, riferita a qualsiasi prestazione di cui al Piano Sanitario sottoscritto.

L'unico canale per l'attivazione delle richieste di rimborso è costituito dalla Piattaforma Rimborsi: l'utilizzo di mezzi differenti per la trasmissione di documenti medici e sanitari (come, per esempio, invio con mail, whatsapp, posta ordinaria o fax) **non darà luogo all'apertura di nessuna pratica di risarcimento.**

La Documentazione dovrà essere caricata entro e non oltre **tre mesi** dalla data di dimissioni dall'Istituto di cura o di effettuazione delle prestazioni (si farà riferimento alla data riportata in Fattura). Il mancato invio della documentazione suddetta nei termini indicati, costituisce causa di decadenza del diritto al conseguimento dei rimborsi.

FIRMA DELL'ASSOCIATO PER PRESA VISIONE