

Società Generale di Mutuo Soccorso



REGOLAMENTO DEL SUSSIDIO SMART UOMO

Glossario

Associato: la persona fisica, associata alla AGLEA SALUS, 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 Aglea Salus.

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 Aglea Salus.

Contributo: la somma dovuta dal Contraente ad Aglea Salus 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/Compartecipazione: 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 del rimborso, richiesta in sostituzione dello stesso ad Aglea Salus 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 richieda la permanenza in osservazione nel post-Intervento.

Ipazia Service Srl: società, di cui si avvale Aglea Salus, 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 Aglea Salus 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 e per nucleo (qualora sottoscritto in tale ultima formula).

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: Aglea Salus

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

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

Mail: backoffice@agleasalus.it

Numero Verde: 800.58.77.99

Da Telefono Cellulare: 0774.640212

Fax: 06.89184300

Art. 1 - Informazioni generali

Art. 1.1 - 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. 1.2 - 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 Aglea Salus. 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 Aglea Salus 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, Aglea Salus procederà comunque alla liquidazione decurtando gli importi dovuti dall'assistito sulla liquidazione medesima.

Art. 1.3 - Adeguamento del Contributo

Il Contributo annuale previsto per ciascun Associato potrà essere adeguato al raggiungimento di alcuni limiti di età, superato il 75° e 80° anno di età. Tale adeguamento sarà applicato previa comunicazione all'assistito entro 90 giorni antecedenti la scadenza annuale della Copertura al fine di mantenere un equilibrio tra i partecipanti alla mutua.

Art. 1.4 - Durata e proroga del Sussidio

Il presente piano sanitario ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo.

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: Aglea Salus Società generale di mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM) oppure agleasalus@legalmail.it.

Art. 1.5 - 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 Tivoli, fermo restando per Aglea Salus 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).

Art. 1.6 - Modifiche del Regolamento del Sussidio

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

Art. 1.7 - Aggravamento e diminuzione del rischio

I Beneficiari della Copertura sanitaria devono dare comunicazione scritta a Aglea Salus - 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.

È requisito fondamentale, per l'attivazione delle garanzie, che ciascun Associato abbia debitamente sottoscritto la c.d. "Dichiarazione alla Mutua" se ha già compiuto il 61° anno di età anteriormente alla data di adesione e delibera del CdA o se abbia già sofferto di malattie di rilievo o abbia subito interventi chirurgici.

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 61° anno di età, con obbligo di uscita alla scadenza annuale della copertura, successiva al compimento del 80° anno di età, salvo se diversamente indicato nel sussidio.

Qualunque associato alla Aglea Salus che abbia compiuto l'80° anno di età potrà beneficiare della presente copertura sanitaria a vita intera solo qualora abbia aderito ad Aglea Salus da almeno 10 anni continuativi.

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 Aglea Salus 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, da 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 Aglea Salus, 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'Aglea Salus 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) per parto naturale o cesareo, dalle 24:00 del 300° giorno successivo a quello di efficacia del Sussidio;
- 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 Aglea Salus.

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, paranoidei 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, salvo quanto espressamente previsto per i neonati entro i 6 mesi dalla nascita al punto D. dell'art. 4.2 del presente Regolamento;
- 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)** Aglea Salus 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)** Aglea Salus 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 - Variazioni del contratto di adesione

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: Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM) oppure agleasalus@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

Il Contraente ha la facoltà di variare le persone beneficiarie del sussidio, fermi i limiti di età di cui all'art. 2.2 del presente Regolamento. La variazione dovrà essere richiesta con comunicazione scritta da inviare a mezzo lettera raccomandata a/r a oppure via pec a: **Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM) oppure agleasalus@legalmail.it.**

La variazione 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. Con riferimento all'applicazione dei termini di Carenza, si rinvia all'art. 2.5 delle Condizioni del presente Regolamento.

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: **Aglea Salus – Società Generale di Mutuo Soccorso, Via Maremmana, 1, 00017, Nerola (RM) oppure agleasalus@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 Aglea Salus non rimborserà al Contraente né il contributo pagato e non goduto, né darà seguito alla richiesta di rimborso avanzata dallo stesso.

Sezione 4: Garanzie Ospedaliere

Art 4.1- Rimborso Spese Mediche

- **Per Ricovero e/o Intervento chirurgico** (compreso Day Hospital e Day Surgery)

Aglea Salus, nei limiti dei massimali e del contributo previsti dal Sussidio prescelto, garantisce il rimborso delle spese nei casi di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio che risultino compresi nei termini del sussidio sottoscritto. Si precisa che la Società garantisce le prestazioni indicate anche in caso di Day Hospital e Day Surgery.

Art. 4.2 - Spese mediche rimborsabili

A. Pre ricovero

Spese sostenute dall'Associato nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero:

- 1) visite mediche specialistiche;
- 2) esami e accertamenti diagnostici;

Le prestazioni sopra indicate possono essere effettuate anche al di fuori dell'Istituto di cura ove l'Associato subirà l'Intervento.

B. Durante ricovero

Spese sostenute dall'Associato durante il ricovero:

- 1) onorari dei medici e dell'équipe chirurgica, diritti di sala operatoria e materiali di Intervento (incluse le protesi applicate durante l'Intervento stesso);
- 2) Rette per vitto e pernottamento nell'istituto di cura per il ricoverato;
- 3) esami e accertamenti diagnostici, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, assistenza medica.

C. Post ricovero

Spese sostenute dall'Associato nei 90 giorni successivi alla data di conclusione del ricovero:

- 1) visite mediche specialistiche;
- 2) esami e accertamenti diagnostici;
- 3) prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche;
- 4) Trattamenti fisioterapici, rieducativi e riabilitativi;
- 5) trattamenti specialistici;
- 6) cure termali, escluse le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio;
- 7) acquisto di farmaci, entro il limite di 1.000,00 Euro per persona e per anno;
- 8) acquisto o noleggio di:
 - a) apparecchi ortopedici (stampelle, carrozzine, corsetti e tutori);
 - b) apparecchi protesici (comprese le protesi acustiche, escluse lenti da vista e a contatto e montature di occhiali);
 - c) apparecchi fisioterapici, purché prescritti dal medico specialista.

Si precisa che il massimale disponibile per i trattamenti di cui al punto 4) e le prestazioni di cui al punto 8, lettere a), b) e c) è pari al 15% del totale della spesa di ricovero.

D. Trapianti

In caso di trapianto sull'Associato di organi o di parte di essi conseguente a Infortunio o Malattia sono comprese anche le spese necessarie per il prelievo dal donatore e per il trasporto dell'organo. Nel caso in cui il donatore sia in vita, si intendono incluse anche le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero dello stesso, sempre nel rispetto dei limiti indicati nelle Condizioni del presente Sussidio.

Art. 4.3 - Interventi chirurgici specifici – Sub Limiti

Le spese di cui ai precedenti punti A., B. e C. sostenute per gli Interventi chirurgici di seguito indicati (effettuati sia in regime di Ricovero, sia in Day Surgery o ambulatorialmente) sono complessivamente coperte nel rispetto dei limiti specifici previsti, quali sub limiti del massimale di ricovero ovvero:

- **Laser ad eccimeri** entro il limite previsto dal sussidio prescelto
- **Interventi Ambulatoriali** entro il limite previsto dal sussidio prescelto
- **Appendicectomia** entro il limite previsto dal sussidio prescelto
- **Ernie** entro il limite previsto dal sussidio prescelto
- **Colecistectomia** entro il limite previsto dal sussidio prescelto
- **Varici** entro il limite previsto dal sussidio prescelto
- **Legamenti crociati/Menisco** entro il limite previsto dal sussidio prescelto

Rientrano comunque nel sotto limite degli interventi ambulatoriali tutti quei ricoveri, compresi day hospital e day surgery, che potevano essere effettuati in regime ambulatoriale.

Art. 4.4 - Indennità sostitutiva

L'Associato nel caso in cui debba essere ricoverato in struttura pubblica o Clinica Privata convenzionata col Servizio Sanitario Nazionale a seguito di malattia, infortunio o parto, senza la necessità di subire un intervento chirurgico, rimborsabile secondo il presente Regolamento, può chiedere in sostituzione integrale del rimborso delle spese previste, il pagamento di una somma giornaliera di € 50,00 per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 15 giorni per annualità. Nel caso in cui, invece, nelle strutture di cui sopra, dovesse essere effettuato un ricovero con intervento chirurgico a seguito di malattia, parto o infortunio, rimborsabili secondo il presente Regolamento, l'Associato può chiedere in sostituzione integrale delle spese previste, il pagamento di una somma giornaliera di € 100,00 per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 30 giorni per annualità. Il rimborso dovuto nei termini di quanto sopra, spetta a partire dalla seconda notte di ricovero fino al giorno della dimissione.

Art. 4.5 – Franchigia/Compartecipazione

La Franchigia, ove esistente, non troverà applicazione in caso di erogazione dell'Indennità sostitutiva di cui al precedente art. 4.4 (nel qual caso la Franchigia opererà esclusivamente con riferimento alle spese pre, durante e post ricovero). In caso di Ricovero e Intervento chirurgico con costi parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale tale deduzione troverà applicazione anche qualora l'Associato abbia optato per il rimborso spese mediche di cui all'art. 4.2 delle Condizioni del presente Regolamento, anziché per l'Indennità sostitutiva di cui all'art. 4.4 delle Condizioni del presente Regolamento.

La Franchigia viene applicata un'unica volta per Evento o Unico Evento.

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

Aglea Salus 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:

- Angiografia
- Angiografia digitale
- Arteriografia digitale
- Artografia
- Broncografia
- Broncoscopia
- Cistografia
- Colonscopia
- Coronarografia
- Dialisi
- Ecocardiografia
- Ecocardiogramma
- Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)
- EGDS (esofagoscopia + gastroscopia + duodenoscopia)
- Flebografia
- Gastroscopia
- Laser terapia
- Mielografia
- Radionefrogramma
- Rettoscopia
- Risonanza Magnetica Nucleare RMN
- Radiografia (RX)
- Scintigrafia

- Telecuore
- TAC - Tomografia Ass.le Computerizzata
- Urografia.

Art. 5.2.1 - Diagnostica

Aglea Salus copre, nel rispetto del massimale di cui al precedente punto, previsto per nucleo e 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.

5.2.2 - Cure oncologiche

La Aglea Salus rimborsa entro il limite massimo annuo previsto dal sussidio prescelto le spese sostenute dall'associato in seguito a patologie oncologiche per:

- Assistenza infermieristica domiciliare;
- Chemioterapia;
- Cobaltoterapia;
- Terapie radianti;

La presente prestazione viene offerta come sub limite del massimale previsto nelle prestazioni del precedente punto 5.2.

Art. 5.3 - Visite specialistiche

Aglea Salus 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 - Cure odontoiatriche a seguito di Infortunio

Aglea Salus, nel rispetto del massimale del sussidio prescelto, copre le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche rese necessarie a seguito di Infortunio avvenuto in corso di copertura e sempreché le prestazioni stesse vengano effettuate durante il periodo di validità della copertura, entro il limite complessivo del Sussidio prescelto. Il rimborso delle spese sarà effettuato esclusivamente previa presentazione di apposita certificazione di Pronto Soccorso comprovante l'Infortunio e relativa ortopanoramica attestante le lesioni traumatiche. Per sottoporsi alle cure dentarie, l'Associato potrà scegliere se rivolgersi ad una struttura appartenente al Network odontoiatrico convenzionato o se avvalersi di una struttura esterna al Network odontoiatrico convenzionato, chiedendo il rimborso delle spese sostenute.

Art. 5.5 – 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.

Altre Garanzie (solo per contraente principale)

- **Voucher salute/Pacchetto prevenzione** (visite mediche specialistiche e alta diagnostica, check up, farmaci)

La Aglea Salus provvederà per il tramite del proprio network convenzionato ad erogare all'associato un voucher salute. L'associato potrà beneficiare, nel limite massimo annuo di € 100,00 per le seguenti prestazioni:

- **visita medica specialistica;**
- **medicina estetica;**
- **medicinali da banco (Fascia c);**
- **medicine omeopatiche;**
- **prestazione di alta specializzazione e diagnostica;**
- **Check Up** : il Check-up può comprendere gli esami di controllo di seguito riportati:
 - 1) emocromo completo;
 - 2) azotemia;
 - 3) cloremia, sodiemia, potassiemia;
 - 4) colesterolo totale (LDL e HDL);
 - 5) creatininemia;

- 6) glicemia;
- 7) PCR (dall'inglese Polymerase Chain Reaction);
- 8) transaminasi;
- 9) trigliceridi;
- 10) uricemia;
- 11) esami urine completo
- 12) cardiovascolare
- 13) sindrome metabolica.

Il Check-up potrà essere effettuato anche su malattie pregresse e solo se il sussidio sia regolarmente in vigore al momento dello svolgimento della prestazione. L'associato dovrà sempre contattare la Centrale Salute di Aglea Salus prima di beneficiare della prestazione di Check-up.

In ogni caso, si potrà beneficiare della presente garanzia, a partire dal sesto mese, una sola volta l'anno, per il solo associato titolare (Formula single) o per un massimo due persone se il sussidio è sottoscritto in formula nucleo.

- **Assistenza familiari superstiti**

La Aglea Salus entro il massimale previsto dal sussidio prescelto, in caso di decesso, 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.

- **Assistenza psicologica (videoconsulto)**

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

- **Assistenza perdita d'impiego**

La Mutua si obbliga ad esonerare l'associato dal versamento del contributo del Sussidio, per un massimo di un semestre, nel caso di perdita del Lavoro involontaria. Tale garanzia permette la sospensione del versamento dei contributi successivi dovuti per il Sussidio prescelto dall'associato. Qualora, invece, questi abbia prescelto il pagamento del sussidio in un'unica soluzione per l'annualità, la Mutua si impegna a rinnovare le garanzie del presente sussidio per un ulteriore semestre, senza alcun onere aggiuntivo per l'associato. Per la validità della presente garanzia è necessario che l'Associato sia un lavoratore dipendente con un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato (di almeno 16 ore settimanali) da almeno dodici mesi (conclusi) al momento della sottoscrizione del modulo di adesione alla Mutua e al presente Sussidio. La Mutua considererà perdita di lavoro solo ed esclusivamente la perdita di lavoro derivante dalle sottoelencate cause, non imputabili in nessun caso a responsabilità dell'Associato stesso e che siano occorse e comunicate al lavoratore in corso di validità del Sussidio:

- 1) Licenziamento per chiusura di attività o procedura concorsuale di cui al R.D. del 16.03.1942 (e successive modifiche) dell'azienda/società/ente datore di lavoro dell'Associato;
- 2) Licenziamento per giustificato motivo oggettivo legato all'attività produttiva, il regolare funzionamento e/o l'organizzazione del lavoro dell'azienda/società/ente datore di lavoro dell'Associato, in conformità alla Legge n. 604/1966 e successive modifiche;
- 3) Licenziamento dovuto a procedure di riduzione del personale (compresa la procedura di mobilità) che siano conformi alle norme in vigore in materia di licenziamenti collettivi.

Nei casi di licenziamento sopra elencati, qualora l'Associato ne faccia richiesta alla Centrale Salute attraverso apposito modulo (scaricabile dall'area riservata della Aglea Salus o richiedibile al numero verde) corredato di tutta la documentazione necessaria alla corretta indagine da parte della Centrale per la verifica delle condizioni di rimborsabilità, la Mutua provvederà a trasmettere all'associato apposita lettera sull'ammissione all'esonero del versamento dei contributi dovuti e se questi sono stati già versati la Aglea Salus provvederà alla restituzione degli stessi in favore dell'interessato.

- **Infermiere a domicilio per analisi ematochimiche**

Qualora l'associato necessiti, a causa di malattia o infortunio, di eseguire delle analisi ematochimiche dietro regolare prescrizione medica, e sia nella reale impossibilità di poter raggiungere un centro laboratorio analisi o altra struttura abilitata ai prelievi ematochimici, la Aglea Salus provvederà per il tramite del proprio network convenzionato ad inviare un infermiere a domicilio per eseguire i prelievi ematochimici. L'associato potrà beneficiare della presente prestazione per due volte l'anno.

Sezione 6: Prestazioni a distanza (in collaborazione con ICC)

• **Consulto telefonico con il Servizio Medico della Centrale Operativa**

Attraverso l'apposita sezione presente all'interno dell'App DOC 24, il Cliente potrà effettuare 24 ore su 24 consulti medici via telefono con il Servizio Medico della Centrale Operativa. La prestazione viene erogata 24 ore su 24 dal Servizio Medico della Centrale Operativa. La prestazione è fornita per un numero di volte illimitato.

• **Video consulto generico con il Servizio Medico della Centrale Operativa**

Attraverso l'apposita sezione presente all'interno dell'App DOC 24, il Cliente potrà effettuare 24 ore su 24 consulti medici in videochiamata con il Servizio Medico della Centrale Operativa. La prestazione viene erogata 24 ore su 24 dal Servizio Medico della Centrale Operativa. La prestazione viene erogata 24 ore su 24 dal Servizio Medico della Centrale Operativa. La prestazione è fornita per un numero di volte illimitato.

• **Consulto medico specialistico telefonico/in video chiamata (network ICC)**

Attraverso l'apposita sezione presente all'interno dell'App DOC 24, il Cliente potrà effettuare 24 ore su 24 consulti medici in videochiamata o via telefono con il Servizio Medico della Centrale Operativa.

La prestazione viene a seguito di una prima valutazione del Servizio medico della Centrale Operativa e verrà erogata in base alla specializzazione richiesta 24 ore su 24 (cardiologo) o dalle 9:00 alle 18:00 (altre specializzazioni presenti nel network ICC) richiedendo l'organizzazione di un appuntamento alla Centrale Operativa attraverso l'apposita sezione presente all'interno dell'App DOC 24. La prestazione è fornita per un massimo di 2 volte l'anno e solo con gli specialisti in cardiologia.

L'associato può richiedere a pagamento consulti aggiuntivi, anche con altri specialisti, nel caso avesse già totalmente usufruito del numero massimo di prestazioni previste. La Centrale Operativa organizzerà il consulto via telefono o in video conferenza secondo le preferenze indicate dal Cliente, dando conferma allo stesso del costo della prestazione che dovrà essere pagata su base tariffaria con carta di credito prima dell'inizio del consulto.

In assenza di una connessione Internet adeguata al funzionamento del servizio di videoconferenza, l'associato può accedere alle sessioni di consulto medico sopra specificate via telefono, attraverso il numero dedicato.

In fase di attivazione o in qualsiasi momento della durata del servizio (salvo che non ne abbia già fatto uso), l'associato potrà richiedere l'unificazione dei video consulti specialistici ai video consulti generici. Si precisa che non è possibile richiedere l'aumento dei video consulti specialistici a discapito di quelli previsti con un medico generico. La richiesta dovrà essere effettuata dall'associato chiamando il numero dedicato della nostra centrale salute 800.035.666.

• **Consulto medico telefonico o in video conferenza per Emergenza Sanitaria**

L'associato potrà effettuare 24 ore su 24 consulti medici in videochiamata o via telefono con il Servizio Medico della Centrale Operativa richiedendo informazioni di natura medica in riferimento a qualsiasi Emergenza Sanitaria in corso in Italia o nel resto del Mondo (ad es. Zika, Dengue, Malaria, Coronavirus), in particolare:

- consigli circa i comportamenti "preventivi" da seguire per evitare il contagio
- valutazione di eventuali sintomi in corso
- indicazioni circa protocollo più adeguato da seguire.

Gli eventuali screening da parte dell'operatore e del medico durante la chiamata, per la raccolta dei dati essenziali, sono stati elaborati sulla base di documentazione validata dal Ministero della Salute o ad altri organi competenti (es SIMIT, ATS, Associazione medici di famiglia, etc).

La prestazione è fornita per un massimo di due volte l'anno.

• **Tele-monitoraggio dei parametri vitali e Alert Medico**

Tele-monitoraggio:

Qualora l'associato effettui le misurazioni di uno o più dei seguenti parametri vitali:

- pressione arteriosa;
- ossigenazione del sangue;
- frequenza cardiaca;
- glicemia;
- peso;
- temperatura;
- activity tracker:

potrà, utilizzando l'App, inserire manualmente i dati rilevati dai device medici in uso ovvero l'inserimento sarà automatico se utilizzerà i device integrati o se gli stessi device in possesso dell'Associato sono rilevabili dalla APP Health Kit di Apple (I-Phone) a cui deve dare autorizzazione per il trasferimento delle misurazioni in via automatica all'APP DOC 24. Per prendere visione dei dispositivi compatibili con DOC 24, accedere al sito www.doc24.it.

I dispositivi integrati in DOC 24 sono compatibili con la maggior parte degli smartphone e tablet Apple e Android. È tuttavia possibile che in alcune circostanze si presentino incompatibilità impreviste. In questi casi l'Associato può inserire la misurazione

manualmente e, qualora la situazione persista, contattare la Centrale Operativa al numero dedicato, dalle 9.00 alle 18.00 da lunedì al venerdì, per chiedere assistenza tecnica.

In presenza di connessione Internet adeguata le misurazioni verranno automaticamente registrate nella cartella medica online Medical Passport (sez. H), nella quale verrà conservato l'intero storico delle rilevazioni.

Alert medico:

Salvo diversa indicazione medica, al momento dell'attivazione vengono impostati automaticamente, sulla base degli standard medici, i limiti minimo e massimo dei diversi monitoraggi. Qualora la misurazione fuoriesca dai limiti stabiliti, il sistema attiverà un "Alert" in Centrale Operativa, a seguito del quale il personale medico operante presso la Centrale Operativa (da qui in avanti il Servizio Medico della Centrale Operativa) si metterà in contatto con l'Associato tramite il mezzo più idoneo (cellulare/telefono abitazione, ecc.) per fornire un consulto medico in merito e concordare gli interventi più appropriati.

La prestazione viene erogata 24 ore su 24 ed è fornita gratuitamente per tutta la durata del servizio

La prestazione è fornita per un numero illimitato di volte.

- **Consulto medico in videochiamata/telefono a seguito di Alert**

La prestazione viene erogata 24 ore su 24 dal Servizio Medico della Centrale Operativa, qualora a seguito di telemonitoraggio dei parametri vitali, dovessero essere registrate delle misurazioni fuori norma. L'Associato potrà quindi chiedere di parlare in videochiamata o via telefono con il Servizio medico della Centrale Operativa per una valutazione del suo stato di salute. La prestazione è fornita per un numero illimitato di volte.

L'Associato può richiedere a pagamento consulti aggiuntivi, nel caso avesse già totalmente usufruito del numero massimo di prestazioni previste (v. Tabella 1). La Centrale Operativa organizzerà il consulto via telefono o in video conferenza, secondo le preferenze indicate dall'Associato, dando conferma allo stesso del costo della prestazione che dovrà essere pagata su base tariffaria con carta di credito prima dell'inizio del consulto.

- **Cartella Medica online Medical Passport**

Tutte le misurazioni registrate in DOC 24, in presenza di una connessione a banda sufficiente, vengono automaticamente trasferite in Medical Passport, il servizio di cartella medica online che permette di archiviare tutti i dati sulla propria salute, di tradurli automaticamente nelle lingue più conosciute, di allegare immagini di diagnostica di precedenti esami specialistici (radiografie, tac, elettrocardiogrammi ecc.) e di accedervi sempre e dovunque, attraverso il web. L'Associato può accedere a Medical Passport inserendo le stesse username e password personali rilasciate per l'accesso all'App DOC 24 nel sito www.medical-passport.it. Il servizio Medical Passport ha la stessa durata del servizio DOC 24. La prestazione è fornita in modo illimitato per tutta la durata del servizio.

- **Accesso al network con sconti fino al 40%**

La banca dati della rete delle Strutture Sanitarie (escluso network dentisti) in rapporto di convenzione con la Centrale Operativa in tutta Italia, è a disposizione del Cliente 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria:

- singole Strutture convenzionate e loro ubicazione;
- prestazioni specialistiche;
- nominativo dei singoli medici;
- esami diagnostici;
- ricoveri;
- onorari e tariffe convenzionate (mediamente 15%).

La prestazione è fornita in modo illimitato per tutta la durata del servizio.

- **Accesso al network odontoiatrico**

Per tutta la durata del presente sussidio, l'Associato potrà usufruire, per tutti i casi non coperti dalla presente copertura, delle tariffe convenzionate presso il network odontoiatrico messo a disposizione dalla Aglea Salus e/o dalla Centrale Salute.

Per avere diritto alla tariffa convenzionata, con sconti sulle possibili prestazioni fino al 40 %, l'Associato dovrà preventivamente richiedere l'autorizzazione contattando la centrale salute al numero verde dedicato di cui al successivo Art. 7.1.

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 Aglea Salus che è incaricata dalla Aglea Salus di:

operare come Centrale Salute attraverso il Numero Verde dedicato 800.035.666, 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:

Numero Verde Nazionale: 800.035.666

Numero dall'Estero: +39.0774.608001

Fax: +39.06.89184300

E-mail: assistenza@agleasalus.it

Indirizzo: Via Maremmana, 1, Nerola, Fraz. Acquaviva, Roma

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.

7.2.3 - Prenotazione visita odontoiatrica

Rivolgendosi al Servizio Clienti di Aglea Salus, l'Associato potrà prenotare e far organizzare la visita odontoiatrica presso una struttura convenzionata appartenente al Network, in una data che soddisfi le esigenze dell'Associato stesso e della struttura. Qualora l'Associato scelga di rivolgersi ad una struttura fuori Network, dovrà comunque indicare all'operatore del Servizio Clienti di Aglea Salus il nominativo ed il recapito del dentista che eseguirà l'intervento, autorizzando il Servizio Clienti di Aglea Salus a contattare eventualmente il dentista.

7.3 - Modalità erogazione prestazioni

Le prestazioni previste dal presente Sussidio possono essere erogate in tre modalità differenti:

- 1) **Accesso alle prestazioni in forma diretta**
- 2) **Accesso alle prestazioni in forma indiretta**
- 3) **Accesso alle prestazioni in forma mista**

1) Cosa fare per accedere alle prestazioni in forma diretta

È riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario consultabile tramite il sito www.agleasalus.it senza necessità di anticipare alcun importo solo se previsto dal sussidio scelto, ad eccezione di quanto previsto nel presente regolamento. Tale procedura è prevista nel caso in cui sia la Struttura sanitaria che il medico scelto siano convenzionati con il nostro Network sanitario. La procedura di richiesta in forma diretta deve essere attivata almeno 3 giorni lavorativi prima delle cure previste, previa prenotazione presso la Centrale Operativa da parte dell'Assistito, il quale dovrà inviare l'apposito modulo di pagamento diretto, debitamente compilato in ogni sua parte, e disponibile sul sito www.agleasalus.it. Dovrà inoltre allegare copia dell'impegnativa medica indicante la diagnosi, secondo le modalità riportate sul modulo stesso. La conferma della autorizzazione a procedere con la prestazione in forma diretta verrà inviata dalla Centrale Salute all'Assistito mediante sms o e-mail. La procedura in forma diretta può essere attivata anche con Procedura On-line, compilando direttamente sul sito www.agleasalus.it l'apposito format messo a disposizione ed allegando copia dell'impegnativa medica con diagnosi. Nel caso di prestazioni rese in forma diretta, l'Assistito delega la Centrale Salute a pagare o a far pagare, in nome e per suo conto, le spese sostenute per le prestazioni previste dal Sussidio. Le prestazioni non sanitarie e comunque quelle non garantite dalla garanzia nonché le eventuali quote di spesa a carico dell'Assistito saranno invece direttamente pagate da quest'ultimo al centro e/o al medico specialista convenzionato e/o all'equipe medica convenzionata sulla base delle relative fatture. L'Assistito deve inoltre, all'atto di dimissione dal centro convenzionato, sottoscrivere i documenti fiscali emessi dal centro o dall'equipe medica convenzionata per il riconoscimento delle prestazioni delle quali ha fruito e altri documenti richiesti dal centro convenzionato, in quanto idonei a consentire il pagamento diretto di cui sopra. Analoga

sottoscrizione deve essere rilasciata ai medici specialisti convenzionati. L'Assistito deve inoltre restituire alla Aglea Salus gli importi eventualmente già pagati dalla stessa per prestazioni sanitarie, che dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili.

2) 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.agleasalus.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.agleasalus.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.

3) Prestazioni rese in forma mista

Tale caso è configurabile nel momento in cui l'Associato si avvalga di Strutture Mediche NON Convenzionate o di Strutture mediche Convenzionate ma con Equipe medica NON Convenzionata; La Centrale Operativa procederà con il così detto "pagamento misto", ossia verranno applicate i criteri e le modalità previste al precedente punto 1) per le prestazioni rese in forma diretta, e le modalità previste al precedente punto 2) per le prestazioni rese in forma indiretta.

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.

Aglea Salus
Il Direttore Generale



GARANZIE OSPEDALIERE		20220301_SMART UOMO
<p>Ricovero con intervento/Day Hospital/Ricovero senza intervento</p> <p>Nei limiti del massimale di rimborso sono compresi:</p> <p>Nei 90 giorni precedenti il ricovero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici e le visite specialistiche. <p>Durante l'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista • diritti di sala operatoria • materiale di intervento • medicinali ed esami • assistenza medica e infermieristica • apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento. <p>Nei 90 giorni successivi al ricovero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esami diagnostici • visite specialistiche • prestazioni mediche • trattamenti fisioterapici e rieducativi • medicinali (con prescrizione medica) • cure termali (escluse spese alberghiere). <p>Pubblico / Degenza sostitutiva (per interventi chirurgici)</p> <p>Pubblico / Degenza sostitutiva (senza interventi chirurgici)</p>	<p>€ 30.000,00</p> <p>In e out network</p> <p>Scoperto 10%, min. € 500,00</p>	
	<p>€ 100,00 al giorno per un massimo 30 gg</p> <p>€ 50,00 al giorno per un massimo 15 gg</p>	
Sub limiti	Interventi ambulatoriali	€ 1.000,00
	Laser ad eccimeri	€ 1.000,00
	Appendicectomia Ernie Colecistectomia Varici Legamenti crociati/Menisco	€ 4.000,00
GARANZIE EXTRA OSPEDALIERE		
Alta diagnostica	Angiografia; Flebografia; Scintigrafia; Risonanza Magnetica Nucleare RMN; Artografia; Broncografia; Mielografia; Urografia; Tomografia Ass.le Completa TAC; Arteriografia digitale; Broncoscopia; ecc.	<p>€ 2.000,00</p> <p>scoperto 20%, con il minimo di € 50,00</p>
Visite ed accertamenti	Si provvede al rimborso delle spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici, in caso di malattia o di infortunio, anche in assenza di ricovero o intervento chirurgico, su prescrizione medica indicante la motivazione clinica.	<p>€ 500,00</p> <p>scoperto 20%, con il minimo di € 50,00</p>
Cure odontoiatriche da infortunio		<p>€ 1.200,00</p> <p>Scoperto 25%</p>
Ticket		100%
ALTRE GARANZIE		

Voucher salute (CHECK UP UOMO) (è previsto il rimborso anche per medicinali da banco e omeopatia)	€ 100,00
Assistenza Superstiti	€ 2.500,00
Assistenza psicologica (videoconsulto)	SI
Perdita d'impiego	Esonero versamento contributo per 6 mesi
Assistenza infermieristica domiciliare per analisi ematochimiche	SI
AREA PRESTAZIONI A DISTANZA	
Consulto medico telefonico con il Servizio Medico della Centrale Operativa	Illimitato
Video consulto generico con il Servizio Medico della Centrale Operativa	Illimitato
Consulto medico specialistico telefonico/in video chiamata (cardiologo)	2
Consulto medico telefonico o in videoconferenza per Emergenza Sanitaria	2
Tele-monitoraggio dei parametri vitali e Alert Medico	Illimitato
Consulto medico in videochiamata/telefono a seguito di Alert	Illimitato
Cartella Medica online Medical Passport	Illimitato
Accesso al network con sconti fino al 40%	Illimitato
Accesso al network odontoiatrico con sconti fino al 40%	Illimitato
CONTRIBUTI	
Contributo Annuo – Single	€ 1.200,00*

Under 60: ingresso età max. 60 anni compiuti – uscita obbligatoria 80 anni

Aglea Salus
Il Direttore Generale

