

Convenzione DIRCREDITO

Via Nazionale 243 00184 Roma

**Possibilità di aderire con cadenza mensile e scadenza 30/06 di ogni anno, fino al compimento del 70° anno d'età.
La copertura scade comunque al compimento dell'80° anno d'età. (al termine dell'annualità assicurativa)**

Nome _____ Cognome _____ Nato il _____

a _____ Prov. _____ Residente in via _____ nr° _____ CAP. _____

Città _____ Cod. Fiscale _____ Tel. _____

Dichiaro di aderire al piano sanitario riservato all'iscritto al **Dircredito- Sez. Associazione Pensionati CRT**

Il presente modulo dovrà essere redatto e inviato in originale in duplice copia per mezzo raccomandata AR/consegnata ad Area Brokers Industria Sri - Via De Togni 28 - 20123 Milano. Il modulo può essere anticipato mezzo Fax al n° 02/86991329

Per il piano scelto verso un contributo ANNUO di €. _____ *(per eli importi vedere esempio sotto riportato).* Comunico in oltre le coordinate bancarie del conto corrente su cui chiedo vengano effettuati gli eventuali rimborsi:

numero di conto corrente _____; Codice ABI _____; Codice CAB _____; CIN _____

Data

Firma dell'iscritto

Chiedo l'adesione al piano sanitario dei miei familiari sottoriportati ed allego lo stato di famiglia o un'autocertificazione che attesti che i familiari sottoriportati sono tutti presenti nel mio stato di famiglia:

Cognome Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale	Premio aggiuntivo
1)				€
2)				€
3)				€
4)				€

Premio dovuto:

- se si aderisce singolarmente il premio annuo è di € **445,00**;
- se la copertura viene estesa anche al proprio nucleo familiare da stato di famiglia, inteso come coniuge o convivente "more uxorio" e figli il premio annuo è di € **445,00** a cui vanno sommati € **330,00** per ognuno dei familiari inseriti.

ESEMPIO: per un single che decide di aderire alla Convenzione il premio sarà di € **445,00** nel caso si compili anche l'iscrizione per il nucleo familiare (ad esempio composto da coniuge e due figli) il premio annuo per nucleo così composto è di € **1.435,00**.

Dichiaro che nessuno dei beneficiari del piano sanitario prescelto è stato o è affetto da una delle seguenti patologie (in caso contrario la persona non potrà beneficiare della copertura):

- Tumori insorti nei 5 anni precedenti alla data di sottoscrizione del piano;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson, epatopatie croniche e cirrosi epatica);
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del piano;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del piano (ad es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Sieropositività all'HIV;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%.

E, la copertura cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopraindicate.

Dichiara di prendere atto che per le seguenti voci:

- | | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|---|------------------------|
| - Miopia | - Cataratta | - Varici | - Emorroidi |
| - Ipertrofia prostatica | - Calcolosi renale ed epatica | - Diabete | - Meniscectomia |
| - Ernie: tutti i tipi | - Malattie a carico della tiroide | - Ricostruzione capsule-
legamentosa delle articolazioni | - Insufficienza renale |

verranno osservate le seguenti modalità risarcitorie:

Per la garanzia Ricoveri: indennizzabilità nei due anni dalla sottoscrizione del piano con riconoscimenti di un importo forfettario € 260 per ogni patologia, a meno che il socio non dimostri, dietro presentazione di cartella clinica, che l'alterazione sia già stata affrontata chirurgicamente nella medesima sede o nel medesimo organo, nel qual caso le spese verranno liquidate secondo le disposizioni previste dalla polizza se effettuate in strutture non convenzionate, convenzionate con Unisalute o nel SSN; nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta l'indennità sostitutiva per un massimo di giorni 3.

Il socio potrà in ogni caso avvalersi delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute S.p.A. con relativa applicazione delle tariffe concordate, mantenendo le spese a proprio carico.

Oltre tale termine temporale, le voci suindicate rientreranno a pieno titolo nelle garanzie del piano secondo le modalità della forma di assistenza diretta o della forma rimborsale.

Data _____

Firma dell'iscritto _____