



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

Ergänzender Gesundheitsfonds des gesamtstaatlichen Gesundheitsdienstes Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale

Im Zweifelsfall gilt der italienische Text / in caso di dubbio prevale il testo in lingua italiana

Metall- und Maschinenbau Industrie (F34) Settore Metalmeccanico Industria

Coperture sanitarie integrative collettive in conformità a disposizioni di contratto o accordo o regolamento aziendale in favore dei dipendenti di Aziende firmatarie di Convenzione Mutualistica, con sede nella Provincia Autonoma di Bolzano **ex art. 51 comma 2 lett. a DPR 917/1986 e s.m.i. e successive modifiche**

Kollektive ergänzende Gesundheitsfonds in Übereinstimmung mit dem Kollektivvertrag, dem innerbetrieblichen Reglement oder dem Betriebsabkommen zu Gunsten der Mitarbeiter der Betriebe, die Unterzeichner des wechselseitigen Abkommens sind und ihren Sitz in der Autonomen Provinz Bozen haben, **gemäß Art. 51, Absatz 2, Buchstabe A VPR 917/1986 und nachfolgende Änderungen**

Contatti

MUTUAL HELP Società di Mutuo Soccorso
Via Raiffeisen 2/D – 39100 Bolzano
Tel. 0471 974 964 | Fax 0471 053 613
Codice fiscale 94107200217

E-mail info@mutualhelp.eu | www.mutualhelp.eu

Kontakt

MUTUAL HELP Wechselseitige Hilfsgesellschaft
Raiffeisenstraße 2/D – 39100 Bozen
Tel. 0471 974 964 | Fax 0471 053 613
Steuernummer 94107200217

E-mail info@mutualhelp.eu | www.mutualhelp.eu

Anlage zur Geschäftsordnung des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds eingeführt von der
wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help
Allegato al Regolamento del Fondo Sanitario Pluriaziendale Istituito da Mutual Help Società di
Mutuo Soccorso

Gültig ab 1. Januar 2022 / In vigore dal 1 gennaio 2022

Jährlicher Mitgliedsbeitrag / Contributo associativo annuo 156,00 Euro

Il seguente piano sanitario integrativo base, è rivolto ai lavoratori dipendenti delle Aziende:

- a) firmatarie dell'atto di Convenzione mutualistica in forza del relativo contratto o accordo o regolamento aziendale ex art.51 comma 2 lett. a) DPR 917/1986;
- b) aderenti come soci a Mutual Help Società di Mutuo Soccorso, con conseguente iscrizione dei rispettivi lavoratori in possesso dei requisiti previsti dallo statuto sociale e dalla predetta Convenzione;
- c) in regola con i versamenti dei contributi associativi dovuti.

Le disposizioni del "Regolamento del fondo sanitario pluriaziendale" istituito da Mutual Help Società di Mutuo Soccorso fanno parte integrante del presente piano sanitario.

Der nachfolgende ergänzende Basisgesundheitsfonds richtet sich an die Mitarbeiter der Unternehmen:

- a) die das wechselseitige Abkommen unterzeichnet haben kraft des jeweiligen Vertrags, des innerbetrieblichen Reglements oder des Betriebsabkommens gemäß Art.51 Absatz 2 Buchstabe a) des Dekrets des Präsidenten 917/1986;
- b) die Mitglieder bei der Wechselseitigen Gesellschaft Mutual Help sind, mit der daraus folgenden Einschreibung der Mitarbeiter, die die vom Statut und von genanntem Abkommen vorgesehenen Voraussetzungen erfüllen;
- c) mit den Zahlungen der Mitgliedsbeiträge in Ordnung sind.

Die Bestimmungen der „Geschäftsordnung des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds“ eingeführt von der wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help bilden wesentlichen Bestandteil des vorliegenden Gesundheitsplans.

Mutualità mediata con



Legge 3818 maggio 1886 e successive modifiche

Erbrachte Leistungen / Tipologie delle prestazioni erogate

I. Prestazioni pubbliche di specialistica sanitaria

1.1. Ticket sanitari

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, che fruisce di prestazioni sanitarie presso il Servizio sanitario nazionale o presso strutture sanitarie private di liberi professionisti operanti provvisoriamente in accreditamento di convenzione per conto e a carico del Servizio sanitario regionale, o Servizio sanitario provinciale, è riconosciuto un sussidio pari al **100%** della quota di compartecipazione alla spesa (ticket).

Nel caso di utilizzo di strutture convenzionate, il documento fiscale dovrà necessariamente riportare la dicitura “ticket” e la prestazione effettuata.

Il rimborso dei ticket è riconosciuto anche se gli accertamenti vengono effettuati al solo scopo di prevenzione.

Limiti sussidiabili

Il sussidio nell'area prestazioni pubbliche di specialistica sanitaria è riconosciuto fino ad un massimo di **1.000,00 (mille/00) euro** nell'anno solare.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

Documentazione analitica della spesa sostenuta (ticket)

II. Prestazioni private di specialistica sanitaria

2.1. Visite specialistiche

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, che esegue visite specialistiche presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria, è corrisposto un sussidio pari al **50%** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro** per visita e nel limite di **due visite** nell'anno solare.

Il documento fiscale dovrà riportare il tipo di visita eseguita; ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dalla visita specialistica.

2.2. Diagnostica strumentale

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, che esegue esami di diagnostica strumentale presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria, è corrisposto un sussidio pari al **50%** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro** per esame e con un massimo di **due esami** nell'anno solare.

Il documento fiscale dovrà riportare il tipo di diagnostica eseguita; ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dall'esame diagnostico.

2.3. Alta diagnostica strumentale e alta specializzazione

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, che esegue esami di alta diagnostica strumentale o di alta specializzazione,

Fachärztliche öffentliche Leistungen

Gesamtstaatlicher Gesundheitsdienst (Ticket)

Das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** hat Anrecht auf eine Unterstützung in Höhe von **100 %** für Steuerbelege des nationalen Gesundheitsbetriebes oder von privaten Strukturen von freiberuflichen Ärzten, die vorübergehend für den regionalen Gesundheitsbetrieb arbeiten, oder des Gesundheitsbetriebs der Provinz. Der Steuerbeleg muss notwendigerweise die Bezeichnung „Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst“ (Ticket) und die Art der durchgeführten Leistung anführen.

Der Beitrag für die Tickets wird auch für präventive Untersuchungen anerkannt.

Höchstentschädigungsgrenzen

Die Unterstützung im Bereich fachärztliche öffentliche Leistungen wird bis zu einem Maximalbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Kalenderjahr gewährt.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

Ausgabenbelege (Sanitätsticket)

Fachärztliche private Leistungen

Fachärztliche Untersuchungen

Dem **Mitglied** oder einem seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** werden im Falle von fachärztlichen Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen, **50 %** des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Untersuchung rückvergütet. Es werden **maximal zwei Untersuchungen** pro Kalenderjahr anerkannt. Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der fachärztlichen Untersuchung getrennt werden.

Instrumentelle Diagnostik

Dem **Mitglied** oder einem seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** werden im Falle von instrumentell-diagnostischen Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern, **50 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Untersuchung rückvergütet. Es werden **maximal zwei Untersuchungen** pro Kalenderjahr anerkannt.

Die Rechnung muss die Art der durchgeführten Diagnostik enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der instrumentell-diagnostischen Untersuchung getrennt werden.

Instrumentelle Hochdiagnostik - Hochspezialisierung

Dem **Mitglied** oder einem seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** werden im Falle von instrumentell-

presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria, è corrisposto per ogni esame elencato nell'**Allegato "C"**, un sussidio pari al **50%** della spesa con un massimo di **60,00 (sessanta/00) euro per esame**.

Il documento fiscale dovrà riportare il tipo di esame eseguito; ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dall'esame diagnostico.

2.4. Esami di laboratorio

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, che esegue esami di laboratorio, presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria, è corrisposto un sussidio pari al **50%** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro** per documento fiscale e con un massimo di **due documenti fiscali** nell'anno solare.

Il documento fiscale dovrà riportare il tipo di esame eseguito; ogni altra prestazione dovrà essere separata dal costo dall'esame di laboratorio.

Limiti sussidiabili

I sussidi contenuti nell'Area Prestazioni specialistiche private sono concessi per spese documentate **a seguito di malattia od infortunio**, fino ad un massimo di **1.500,00 (millecinquecento/00) euro** nell'anno solare.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) *Documentazione analitica della spesa sostenuta (fattura o ricevuta fiscale pagata).*
- 2) *Copia della prescrizione del medico, che indica la patologia.*

III. Prestazioni odontoiatriche

3.1. Cure odontoiatriche presso strutture convenzionate

Al **socio**, qualora effettui presso Studi dentistici convenzionati, le prestazioni di specialistica odontoiatrica comprese nel nomenclatore **Allegato "B"**, viene riconosciuto un sussidio pari alla somma esposta nel tariffario **Fascia "A"**.

Branche di intervento:

- A) Diagnostica, Radiologia Fotografie
- B) Igiene orale e Prevenzione
- C) Endodonzia
- D) Conservativa
- E) Chirurgia orale
- F) Parodontologia
- G) Gnatologia
- H) Ortodonzia
- I) Implantologia e Rigenerazione ossea
- J) Protesi fissa
- K) Protesi mobile
- L) Protesi Overdenture-Overimp
- M) Protesi scheletrata
- N) Protesi parziale.

hochdiagnostischen Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern, welche in **Anlage „C“** aufgelistet sind, **50 %** der anfallenden Spesen bis zu einem Höchstbetrag von **60,00 (sechzig/00) Euro** pro Untersuchung rückvergütet.

Der Steuerbeleg muss die Art der durchgeführten Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der Untersuchung getrennt angeführt werden.

Laboruntersuchungen

Dem **Mitglied** oder einem seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, werden im Falle von Laboruntersuchungen, die bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder bei Ärzten, die eine freiberufliche Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern ausüben, durchgeführt werden, **50 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Steuerbeleg rückvergütet. Es werden **maximal zwei Steuerbelege** pro Kalenderjahr anerkannt.

Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der Laboruntersuchung getrennt angeführt werden.

Höchstentschädigungsgrenzen

Die im Bereich Fachärztliche private Leistungen vorgesehenen Unterstützungen werden **im Falle von Krankheit oder Unfall** bis zu einem Maximalbetrag von **1.500,00 (tausendfünfhundert/00) Euro** pro Kalenderjahr genehmigt.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) *Ausgabenbelege (bezahlte Rechnung oder Steuerquittung).*
- 2) *Kopie der Verschreibung des Arztes, die die Beschreibung der Pathologie enthält.*

Vertragsgebundene Zahnheilkunde

Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten

Dem **Mitglied** werden für Zahnbehandlungen laut **Anlage „B“** bei privaten Zahnarztpraxen, welche mit der wechselseitigen Gesellschaft vertragsgebunden sind, die in der **im Tarifverzeichnis „A“** angeführten Beträge anerkannt.

Bereich der Zahnheilkunde:

- A) Fachärztliche Untersuchungen, Diagnose, Röntgen, Photographie
- B) Mundhygiene und Prävention
- C) Endodontie
- D) Konservierenden Leistungen
- E) Mundchirurgie
- F) Parodontologie
- G) Gnatologie
- H) Kieferorthopädie
- I) Implantologie und Knochenregeneration
- J) Fixe Prothesen
- K) Abnehmbare Prothesen
- L) Overdenture-Overimplantat Prothesen
- M) Modellprothese
- N) Teilprothese.

Per le prestazioni comprendenti interventi di **implantologia e protesi fissa** dovrà essere allegata la documentazione di **fine cura**. Il sussidio può essere richiesto solo a cura terminata.

Per le **prestazioni ortodontiche** dovrà essere allegata la documentazione di **inizio cura**, e, dovrà essere accompagnata dalla dichiarazione del dentista contenente la data **dell'inizio e della fine della cura** ortodontica. Le prestazioni ortodontiche che superano l'anno devono essere presentati annualmente, con regolare documento di spesa relativo alla prestazione ortodontica.

Per il **familiare avente diritto** sono riconosciute le seguenti prestazioni odontoiatriche eseguite presso uno studio convenzionato:

- a) **50%** della spesa sostenuta per la visita odontoiatrica ed eventuale ablazione del tartaro con un massimo complessivo di **40,00 (quaranta/00) euro** una sola volta nell'anno solare;
- b) **50%** della spesa sostenuta per radiografie endorali, OPT, Telecranio, Dentscan, altri esami diagnostici del cavo orale, con un massimo complessivo di **40,00 (quaranta/00) euro** una sola volta nell'anno solare;
- c) **50%** della spesa sostenuta per qualsiasi otturazione, compresa la ricostruzione del dente, con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro**, per **un solo elemento** nell'anno solare;
- d) **50%** della spesa sostenuta per trattamento endodontico monocanalare o pluricanalare con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro**, per **un solo elemento** nell'anno solare;
- e) **50%** della spesa sostenuta per estrazione chirurgica di dente o radice, fino ad un massimo di **due avulsioni** nell'anno solare, con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro** per elemento;
- f) **50%** della spesa sostenuta per incisione di ascesso più medicazioni successive, con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro** per **un solo intervento** nell'anno solare.

Per ottenere un contributo per le spese sostenute devono essere presenti sul documento fiscale le prestazioni effettuate, il costo sostenuto ed i codici assegnati alle prestazioni o altrimenti deve essere allegata la scheda dati del piano di cura redatta dallo Studio.

Il sussidio può essere richiesto nel rispetto dei limiti temporali indicati per ogni prestazione. Non sono prese in considerazione richieste di acconti, e/o preventivi di spesa, ad eccezione del trattamento ortodontico (H02/H03) contenuto nella branca **"Ortodonzia"**. Non sono riconosciute prestazioni che non siano quelle codificate ed elencate nel nomenclatore Allegato **"B"** nonché, somme in denaro superiori a quelle previste nel tariffario.

Per accedere al servizio, il socio, deve esibire allo Studio dentistico convenzionato, la tessera di associazione alla Mutua unita ad un documento d'identità. Nel caso dei familiari aventi diritto deve presentare il certificato di iscrizione sul quale sono elencati i familiari aventi diritto iscritti.

Für Leistungen der **Implantologie**, sowie für **fixe Prothesen** muss die Dokumentation vom **Ende der Behandlung** beigefügt werden. Die Unterstützung kann nur nach Abschluss der Behandlung beantragt werden.

Für Leistungen der **Kieferorthopädie** muss die Dokumentation vom **Beginn der Behandlung** beigefügt werden, sowie die Erklärung des Zahnarztes über das Datum des **Beginns und des Endes** der kieferorthopädischen Behandlung. Die Rückvergütung von kieferorthopädischen Leistungen, welche länger als ein Jahr dauern, müssen jährlich mit den entsprechenden Dokumenten angefragt werden.

Das **anspruchsberechtigte Familienmitglied** erhält für Leistungen der Zahnheilkunde, die in einer vertragsgebundenen Zahnarztpraxis durchgeführt werden, folgende Unterstützungen:

- a) **50%** der Kosten für zahnärztliche Untersuchung und/evtl. Zahnsteinentfernung mit maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Kalenderjahr (maximal einmal im Jahr);
- b) **50 %** der Kosten für Röntgenaufnahmen, OPT, Ferrröntgen, Dentscan, intraorale Fotos oder andere digitale Aufnahmen der Mundhöhle mit maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Kalenderjahr (maximal einmal im Jahr);
- c) **50%** der Kosten für die ein- oder mehrflächige Füllung eines Zahnes, inklusive der Aufbaufüllung des Zahnes bis maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** für einen einzigen Zahn pro Kalenderjahr;
- d) **50 %** der Kosten für die ein- oder mehrkanalige Wurzelbehandlung der Zähne bis maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** für einen Zahn pro Kalenderjahr;
- e) **50 %** der Kosten für die chirurgische Extraktion eines Zahnes oder einer Wurzel bis maximal **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Zahn (maximal **zwei** Eingriffe);
- f) **50 %** der Kosten für Einschnitt aufgrund von Abszess und nachfolgende Behandlungen bis maximal **40,00 (vierzig/00) Euro**; maximal **ein** Eingriff pro Kalenderjahr;

Um eine Rückvergütung der zahnärztlichen Spesen zu erhalten müssen auf der Rechnung die Art der durchgeführten Leistung, der Betrag und der zugewiesene Kodex stehen. Sollten die Kodexe nicht auf der Rechnung angegeben sein, so muss das von der Zahnarztpraxis ausgefüllte zahnärztliche Datenblatt mit den Kodizes beigelegt werden.

Die Unterstützung kann nur innerhalb der zeitlichen Limits beantragt werden. Anträge für Anzahlungen und Kostenvoranschläge werden nicht berücksichtigt, außer im Falle der **kieferorthopädischen Behandlungen (H02/H03)**, bei welchen Anzahlungen angenommen werden. Leistungen, die nicht im Verzeichnis der Anlage „B“ angeführt sind, sowie Geldsummen, die die vorgegebenen Beträge laut Tarifverzeichnis überschreiten, können nicht rückvergütet werden.

Um die Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss das Mitglied der vertragsgebundenen Zahnarztpraxis vor der Dienstleistung den Mitgliedsausweis und den Personalausweis vorweisen. Im Falle von anspruchsberechtigten Familienmitgliedern muss die Bestätigung der Einschreibung, auf welcher die Familienmitglieder aufgelistet sind, vorgewiesen werden.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica delle spese sostenute (fattura o ricevuta fiscale pagata);
- 2) Nel caso in cui il codice per le prestazioni elencate nell'allegato "B" non sia presente sulla fattura deve essere allegata la scheda di piano terapeutico contenente il codice, la spesa sostenuta e la descrizione delle cure effettuate;
- 3) In caso di implantologia e protesi fissa possono essere richiesti referti radiologici, fotografie intraorali o altri esami diagnostici strumentali (anche in formato digitale) di fine cura;
- 4) In caso di prestazioni ortodontiche: Dichiarazione del dentista con la data dell'inizio e fine della cura ortodontica e possono essere richiesti referti radiologici, fotografie intraorali o altri esami diagnostici strumentali (anche in formato digitale) di inizio cura.

3.2. Prestazioni di specialistica odontoiatrica effettuate presso Strutture sanitarie pubbliche

Qualora, il **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, si avvalga di strutture di Odontostomatologia operanti presso il Servizio sanitario nazionale, vengono riconosciute le seguenti prestazioni:

- a) **100%** della compartecipazione dovuta al Servizio sanitario nazionale (ticket);
- b) **50%** della spesa sostenuta per prestazioni elencate nel documento fiscale.

Limiti sussidiabili

Il sussidio di cui ai punti cure odontoiatriche presso strutture convenzionate e prestazioni di specialistica odontoiatrica effettuate presso Strutture sanitarie pubbliche. viene riconosciuto fino ad un massimo di **2.000,00 (duemila/00) euro** nell'anno solare.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

Documentazione analitica della spesa sostenuta (ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata)

3.3. Cure odontoiatriche a seguito di infortunio

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso di infortunio (con presentazione di apposita documentazione medica di struttura pubblica di Pronto soccorso o dentista, attestante la perdita/lesioni degli elementi dentari in seguito all'infortunio), viene riconosciuto un sussidio come di seguito riportato:

- a) **100%** della compartecipazione dovuta al Servizio sanitario nazionale (ticket);
- b) **50%** della spesa sostenuta per prestazioni elencate nel documento fiscale.

Il supporto è riconosciuto anche se le cure odontoiatriche vengono effettuate in strutture non convenzionate.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Ausgabenbelege (bezahlte Rechnung oder Steuerquittung);
- 2) Sofern der Kodex für die Leistungen laut Anlage „B“ nicht auf der Rechnung angeführt wurde, muss das zahnärztliche Datenblatt vorgelegt werden, auf dem Kodex, die Kosten und die Beschreibung der durchgeführten Leistungen angeführt sind;
- 3) Implantologie und fixe Prothesen können bei Bedarf Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom Ende der Behandlung angefordert werden;
- 4) Kieferorthopädische Leistungen: Erklärung des Zahnarztes mit dem Datum des Beginns und des Endes der kieferorthopädischen Behandlung, sowie können bei Bedarf Panoramaaufnahmen, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) vom Beginn der Behandlung angefordert werden.

Zahnbehandlungen beim öffentlichen Gesundheitsdienst

Sofern sich das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** an die Zahnheilkundeabteilung des gesamtstaatlichen Gesundheitsdienstes wendet werden folgende Leistungen anerkannt:

- a) **100 %** des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **50 %** der Spesen für Leistungen, die im Steuerbeleg angeführt sind.

Höchstentschädigungsgrenze

Die Rückvergütung für die Punkte Zahnbehandlung bei vertragsgebundenen Zahnärzten und Zahnbehandlungen beim öffentlichen Gesundheitsdienst beträgt maximal **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** pro Kalenderjahr.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

Ausgabenbelege (bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung)

Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall

Dem **Mitglied** oder einem seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** wird bei Verlust oder Verletzung von Zahnelementen, verursacht durch einen Unfall (mit der Vorlage einer geeigneten medizinischen Dokumentation der Erste-Hilfe-Einrichtung einer öffentlichen Struktur oder eines Zahnarztes, die den Verlust/die Verletzung der Zahnelemente nach dem Unfall bescheinigt), folgende Unterstützung anerkannt:

- a) **100 %** des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **50 %** der Spesen für Leistungen, die im Steuerbeleg angeführt sind.

Die Unterstützung wird auch anerkannt, wenn die zahnärztlichen Leistungen bei einer nicht vertragsgebundenen Zahnarztpraxis durchgeführt werden.

Limiti sussidiabili

Il sussidio di cui al punto cure odontoiatriche a seguito di infortunio è riconosciuto fino ad un massimo di **1.000,00 (mille/oo) euro** per infortunio e per anno solare.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica delle spese sostenute (ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata);
- 2) verbale del pronto soccorso attestante l'infortunio con indicazione delle prestazioni odontoiatriche da effettuare;
- 3) certificato medico attestante inequivocabilmente l'infortunio con indicazione delle prestazioni odontoiatriche da effettuare.

Höchstentschädigungsgrenze

Die Unterstützung für den Punkt Zahnbehandlung aufgrund von Unfall wird bis zu einem Maximalbetrag von **1.000,00 (tausend/oo) Euro** pro Unfall und Kalenderjahr gewährt.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Ausgabenbelege (bezahltes Ticket, Rechnung oder Steuerquittung);
- 2) Bericht der Ersten Hilfe, der den Unfall mit Angabe der zu erbringenden zahnärztlichen Leistungen bescheinigt;
- 3) ärztliches Attest, das den Unfall mit Angabe der durchzuführenden zahnärztlichen Leistungen zweifelsfrei belegt.

IV. Area Ospedaliera

Branche di intervento:

1. Chirurgia Generale (collo, mammella, esofago, stomaco-duodeno, intestino: intestino-digiuno-ileo-colon-retto-ano, peritoneo, fegati e vie biliari, pancreas milza, oro maxillo-facciale);
2. Chirurgia Toraco-polmonare;
3. Chirurgia Cardio vascolare;
4. Ginecologia;
5. Neurochirurgia;
6. Ortopedia;
7. Otorinolaringoiatria (orecchio, laringe, faringe);
8. Oculistica;
9. Grandi ustioni;
10. Trapianto di organi, Trapianto di midollo, Malattie Classificate rare, Omotrapianto-Autotrapianto, prelievo per omotrapianto;
11. Urologia (rene e surrene, uretere, vescica, prostata, uretra, apparecchio genitale maschile).

4.1. Interventi chirurgici sussidiabili effettuati in Strutture sanitarie PRIVATE

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso sia sottoposto presso Strutture sanitarie private o Strutture pubbliche operanti in regime di libera professione intramuraria, ad un intervento chirurgico, intendendo come tale ogni intervento compreso nel nomenclatore **Allegato "A"**, spetta un sussidio fino alla concorrenza massima della somma indicata nel tariffario **Fascia "A"**, quale rimborso delle spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative all'intervento chirurgico effettuato come di seguito riportato;

- a) visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio effettuati nei **120 giorni precedenti** il ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso;
- b) onorari dei chirurghi, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- c) diritti di sala operatoria;
- d) materiale di intervento, compresi i trattamenti terapeutici e gli apparecchi protesici usati durante l'intervento;
- e) retta di degenza;
- f) assistenza medica ed infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito;
- g) prelievo di organi o parti di essi; ricoveri relativi al donatore e agli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;

Krankenhausaufenthalt

Bereiche der spezifischen chirurgischen Eingriffe:

1. Allgemeine Chirurgie (Hals, Brust, Ösophagus, Magen-Zwölffingerdarm, Jejunum-Ileum-Colon-Rektum-Anus, Peritoneum, Leber und Gallenwege, Bauchspeicheldrüse - Milz, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie);
2. Thorax-Lungenchirurgie;
3. Herz-Kreislauf-Chirurgie;
4. Gynäkologie;
5. Neurochirurgie;
6. Orthopädie;
7. HNO (Ohr, Larynx und Parynx);
8. Augenheilkunde;
9. Große Verbrennungen;
10. Organtransplantation, Knochenmarktransplantation, als selten klassifizierte Krankheiten, Homolog- und Autologe Transplantation, Organ- oder Gewebeentnahme;
11. Urologie (Nieren und Nebennieren, Harnleiter, Blase, Prostata, Harnröhre, Männliche Geschlechtsorgane).

Unterstützte chirurgische Eingriffe in PRIVATEN Heilanstalten

Bei chirurgischen Eingriffen gemäß Anlage „A“ hat das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** Anspruch auf eine Rückvergütung der Kosten bis zur Erreichung der Höchstentschädigungsgrenze laut Anlage Tarifverzeichnis **Bereich „A“**. Folgende dokumentierte Leistungen, die in privaten Strukturen oder freiberuflich in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt wurden, werden berücksichtigt:

- a) Fachärztliche Untersuchungen, diagnostische Untersuchungen und Laboruntersuchungen in den **120 Tagen vor** der Einlieferung, die für den Eingriff selbst notwendig sind;
- b) Honorare des Chirurgen, Anästhesisten und der sonstigen am Eingriff mitwirkenden Personen;
- c) Gebühren des Operationssaals;
- d) Im Zuge des Eingriffes eingebrachte therapeutische Hilfsmittel, einschließlich der therapeutischen Behandlungen und Prothesen;
- e) Aufenthaltsgebühr der Heilanstalt;
- f) Leistungen von Krankenpflegern, diagnostische Untersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, die während der stationären Behandlung durchgeführt werden;
- g) Entnahme von Organen oder Organteilen; Einlieferungen des Organspenders, diagnostische Untersuchungen,

- h) visite specialistiche, esami diagnostici strumentali e di laboratorio, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, effettuati nei **120 giorni successivi** la data di dimissione dal ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) *Cartella clinica completa di anamnesi e tipo di intervento praticato; (**);*
- 2) *Documentazione analitica della spesa sostenuta (ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata);*
- 3) *Certificato di residenza per interventi effettuati all'Estero. (*)*

Trasporto con mezzo sanitario

Per il trasporto del malato con mezzo sanitario in Italia o all'Estero, viene riconosciuto un sussidio dell'**80%** della spesa sostenuta fino ad un massimo di **1.000,00 (mille/00) euro** per il trasporto con successivo intervento chirurgico.

4.2. Interventi chirurgici sussidiabili effettuati in Strutture sanitarie PUBBLICHE

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso, sia sottoposto presso Strutture sanitarie pubbliche ad un intervento chirurgico, intendendo per tale ogni intervento compreso nel nomenclatore **Allegato "A"**, è riconosciuto un sussidio come di seguito riportato:

- a) **100%** della spesa sostenuta per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e di laboratorio effettuati nei **120 giorni precedenti** il ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di **1.000,00 (mille/00) euro** per intervento;
- b) **100%** della spesa sostenuta per visite specialistiche, esami diagnostici strumentali e di laboratorio, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, effettuati nei **120 giorni successivi** la data di dimissione dal ricovero per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso per un massimo di **1.000,00 (mille/00) euro** per intervento;
- c) **80%** della spesa sostenuta per il trasporto del malato con mezzo sanitario in Italia o all'Estero con un massimo di **1.000,00 (mille/00) euro** per il trasporto con successivo intervento chirurgico.

Interventi chirurgici sussidiabili effettuati in Strutture sanitarie PUBBLICHE – indennità sostitutiva

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, sottoposto presso strutture sanitarie pubbliche ad un intervento chirurgico sussidiabile compreso nel nomenclatore Allegato "A", è riconosciuto un sussidio per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di **30 giorni** per ogni intervento come di seguito riportato:

- a) **40,00 (quaranta/00) euro** giornalieri per ricoveri in Italia;
- b) **60,00 (sessanta/00) euro** giornalieri per ricovero all'Estero.

ärztlicher Beistand und Beistand durch Krankenpfleger, chirurgische Eingriff zur Entnahme der Organe, Pflegebehandlungen, verschriebene Medikamente und Aufenthaltsgebühren;

- h) fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Kauf oder Ausleihe von Prothesen oder Sanitätsgeräten, in den **120 Tagen nach** dem Datum der Entlassung, die durch den Eingriff selbst notwendig waren.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) *Krankengeschichte mit Angabe der Anamnese und der Art des durchgeführten Eingriffs; (**)*
- 2) *Ausgabenbelege (bezahltes Ticket, Honorarnote, Rechnung oder Steuerquittung);*
- 3) *Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus, das im Ausland liegt. (*)*

Krankentransport

Für die Beförderung des Mitglieds mit einem für den Krankentransport ausgestatteten Fahrzeug in Italien oder im Ausland wird eine Rückvergütung von **80%** der Kosten bis zum maximalen Betrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** für den Transport mit darauffolgendem chirurgischen Eingriff gewährt.

Unterstützte chirurgische Eingriffe in ÖFFENTLICHEN Heilanstalten

Wird das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** einem großen chirurgischen Eingriff gemäß **Anlage „A“** unterzogen, hat das Mitglied Anspruch auf folgende Leistungen:

- a) **100%** der entrichteten Spesen für fachärztliche Untersuchungen, diagnostische Untersuchungen und Laboruntersuchungen in den **120 Tagen** vor der Einlieferung, die für den Eingriff selbst erforderlich sind, für einen Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Eingriff;
- b) **100%** der entrichteten Spesen für fachärztliche Untersuchungen, diagnostische Untersuchungen und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Ankauf Kauf oder Miete von Prothesen oder Sanitätsgeräten in den **120 Tagen nach** dem Datum der Entlassung, für einen Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Eingriff;
- c) **80 %** der Kosten für Krankentransport mit einem für den Krankentransport ausgestatteten Fahrzeug in Italien oder im Ausland bis zum maximalen Betrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** für den Transport mit darauffolgendem chirurgischen Eingriff.

Unterstützte chirurgische Eingriffe in ÖFFENTLICHEN Heilanstalten - Ersatztaggeld

Dem **Mitglied**, falls es selbst oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** in einer öffentlichen Heilanstalt einem chirurgischen Eingriff laut Anlage „A“ unterzogen wird, steht eine Unterstützung für jeden Aufenthaltstag bis zu einer Höchstdauer von **30 Tagen** in folgender Höhe zu:

- a) **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt in Italien;
- b) **60,00 (sechzig/00) Euro** pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt im Ausland.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Cartella clinica completa di anamnesi e tipo di intervento praticato; (**)
- 2) Documentazione analitica della spesa sostenuta (ticket, fattura o ricevuta fiscale pagata);
- 3) Certificato di residenza per interventi effettuati all'Estero. (*)

4.3. Interventi chirurgici per il neonato

Al socio, per il **figlio neonato**, nel primo anno di vita, ricoverato presso una Struttura ospedaliera per eseguire interventi chirurgici per la correzione di malformazioni congenite è riconosciuto un sussidio fino alla concorrenza massima di **10.000,00 (diecimila/00)** Euro per le seguenti spese a carico:

- a) Fattura pagata;
- b) Visite specialistiche, accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio effettuate nel primo anno di vita;
- c) Retta di vitto e pernottamento nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per eventuale accompagnatore.

Interventi chirurgici per il neonato – indennità sostitutiva

Qualora il **socio**, non richieda i rimborsi di cui alle lettere a), b) e c), ha diritto ad un sussidio giornaliero di **50,00 (cinquanta/00)** Euro per ogni giorno di ricovero del familiare avente diritto, per un periodo massimo di **30 giorni** per intervento.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Cartella clinica completa di anamnesi e tipo di intervento effettuato; (**)
- 2) Documentazione analitica delle spese sostenute (ticket, parcella, fattura/ricevuta fiscale pagata);
- 3) Certificato di nascita del familiare avente diritto; (*)
- 4) Certificato di residenza per interventi effettuati all'estero. (*)

4.4. Interventi chirurgici ambulatoriali

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso esegua interventi chirurgici ambulatoriali in regime privato, è riconosciuto un sussidio della spesa sostenuta fino a un massimo di **200,00 (duecento/00)** euro per intervento. Il sussidio viene erogato fino ad un massimo di 2 (due) interventi per anno solare.

In caso di spesa ticket il rimborso verrà erogato secondo quanto previsto nel punto 1.1 del presente regolamento.

Al fine del diritto al sussidio si considerano interventi chirurgici ambulatoriali i seguenti interventi:

- Intervento chirurgico mediante laser ad eccimeri ad un solo occhio o ad entrambi gli occhi per miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- Riparazione di dito a martello;
- Liberazione del tunnel carpale;
- Asportazione di borsite con correzione di tessuti molli ed osteotomia correttiva per alluce valgo;
- Intervento di cataratta con o senza impianto di lente intraoculare;
- Cura delle vene varicose: legature e stripping di vene varicose dell'arto inferiore, ministripping (varicectomia) di

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Krankengeschichte mit Angabe der Anamnese und der Art des durchgeführten Eingriffs; (**)
- 2) Ausgabenbelege (bezahltes Ticket, Honorarnote, Rechnung oder Steuerquittung);
- 3) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus, das im Ausland liegt. (*)

Chirurgische Eingriffe für das Neugeborene

Sollten für das **neugeborene Kind** im ersten Lebensjahr stationäre Aufenthalte mit chirurgischen Eingriffen für die Korrektur von angeborenen Pathologien notwendig sein, erhält das Mitglied einen Unterstützungsbeitrag für die Spesen bis zu maximal **10.000,00 (zehntausend/00)** Euro für:

- a) Bezahlte Rechnungen;
- b) Ärztliche Visiten, instrumentelle Diagnostik, Laboruntersuchungen die vor und nach dem stationären Aufenthalt im ersten Lebensjahr durchgeführt werden;
- c) Übernachtung und Verpflegung der Begleitperson im Krankenhaus oder in einem Hotel.

Chirurgische Eingriffe für das Neugeborene - Ersatzzahlung

Sollte das **Mitglied** keinen Unterstützungsbeitrag für die Buchstaben a), b) und c) des vorhergehenden Punktes in Anspruch nehmen, hat es Anrecht auf einen Unterstützungsbeitrag von **50,00 (fünfzig/00)** Euro für jeden Tag des stationären Aufenthaltes des anspruchsberechtigten Familienmitgliedes für maximal **30 Tage** pro Eingriff.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Krankengeschichte mit Angabe der Anamnese und der Art des durchgeführten Eingriffs; (**)
- 2) Ausgabenbelege (bezahltes Ticket, Honorarnote, Rechnung oder Steuerquittung);
- 3) Geburtsurkunde des neugeborenen Familienmitglieds; (*)
- 4) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus, das im Ausland liegt. (*)

Ambulante chirurgische Eingriffe

Dem **Mitglied** oder einem seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** wird ein Beitrag bei privaten ambulanten chirurgischen Eingriffen der entstandenen Kosten bis zu einem Höchstbetrag von **200,00 (zweihundert/00)** Euro pro Eingriff gewährt. Der Beitrag wird bis zu maximal 2 (zwei) Eingriffe pro Kalenderjahr ausbezahlt.

Im Falle von Ticket wird die Rückerstattung gemäß Punkt 1.1 dieser Regelung gezahlt.

Die Unterstützungsbeiträge sind für folgende ambulanten chirurgischen Eingriffe vorgesehen:

- Laserchirurgie der Hornhaut zu therapeutischen Zwecken zur vollständigen Behandlung eines Auges oder beider Augen oder Korrektur mittels Ecimer-Laser zur Beseitigung von Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit.
- Korrektur der Hammerzehe;
- Operation des Karpaltunnelsyndroms;
- Ausschälung der Schleimbeutelentzündung mit Korrektur des weichen Gewebes und korrigierende Osteotomie des Hallux Valgus;
- Katarakt-Operation mit oder ohne Implantierung einer intraokularen Linse;

- vene varicose dell'arto inferiore, interventi endovascolari sulle varici eseguiti con tecnica laser;
- Asportazione (radicale) di lesioni della cute e del tessuto sottocutaneo.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) *Cartella clinica o lettera di dimissione completa di anamnesi con indicazione del tipo di intervento praticato e la data dell'intervento*
- 2) *Documentazione analitica delle spese sostenute (ticket, parcella, fattura/ricevuta fiscale pagata)*

V. Cure

5.1. Trattamenti fisioterapici

Al socio, o per un suo **familiare avente diritto**, viene riconosciuto un sussidio pari al **50 %** della spesa sostenuta per trattamenti fisioterapici e di osteopatia fino ad un massimo di **80,00 (ottanta/00)** euro nell'anno solare.

Vengono rimborsati i trattamenti fisioterapici effettuati presso strutture sanitarie private o in libera professione intramuraria.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) *Documentazione analitica della spesa sostenuta (ticket, fattura, ricevuta fiscale pagata);*
- 2) *copia della prescrizione del medico con la descrizione della patologia.*

5.2. Cure oncologiche

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso sia sottoposto ambulatorialmente, in Day Hospital o durante un ricovero ospedaliero, al trattamento di cure radianti e/o chemioterapiche o per cure oncologiche, spetta per ogni giorno di trattamento, un sussidio di **30,00 (trenta/00)** euro.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

Certificato dell'ospedale nel quale sono indicati tutti i giorni del trattamento ed il tipo di terapia praticata.

VI. Oculistica

6.1. Lenti

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, viene corrisposto il **50%** del documento fiscale fino ad un massimo di **100,00 (cento/00)** euro per le spese sostenute per l'acquisto di due lenti da vista (inclusa eventuale montatura) o due lenti a contatto annuali. Il rimborso viene concesso solo a seguito di prescrizione da parte del medico specialista o attestato dell'ottico optometrista che indichi la patologia e il difetto visivo per i quali si rende necessario l'uso degli occhiali o lenti a contatto.

Non sono riconosciute le prescrizioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo. Il sussidio spetta comunque non più di una volta **ogni quattro anni** solari fatto salvo quanto previsto al successivo capoverso.

Successivamente alla prima volta il contributo spetta ogni due anni solari a condizione, accertata dal medico specialista o

- **Behandlung der Krampfader:** Abbinden und stripping der Krampfader der unteren Gliedmaße; ministripping (Varizektomie) der Krampfader der unteren Gliedmaße, endovaskuläre Entfernung der Varizen mit Laser;
- **Entfernung (radikal) von Haut- und Unterhautläsionen.**

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) *Krankengeschichte oder Entlassungsschein mit Angabe der vollständigen Anamnese, der Art des Eingriffs und des Datums, an dem der Eingriff durchgeführt wurde*
- 2) *Analytische Dokumentation der entstandenen Kosten (bezahltes Ticket, Quittung, Rechnung/Steuerbeleg)*

Kuren

Physiotherapeutische Behandlungen

Dem **Mitglied** oder einem seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** wird eine Unterstützung in Höhe von **50 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **80,00 (achtzig/00) Euro** für die physiotherapeutischen und osteopathischen Behandlungen pro Kalenderjahr gewährt.

Es werden Behandlungen rückvergütet, die in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt werden.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) *Ausgabenbelege (bezahltes Sanitätsticket, Rechnung, Steuerquittung);*
- 2) *Kopie der Verschreibung des Arztes, die die Beschreibung der Pathologie enthält.*

Onkologische Behandlungen

Wird das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** stationär, ambulant oder in der Tagesklinik einer Strahlentherapie, Chemotherapie oder einer onkologischen Behandlung unterzogen, hat das Mitglied Anspruch auf **30,00 (dreißig/00) Euro** für jeden Behandlungstag.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

Bescheinigung des Krankenhauses, in der die Behandlungstage sowie die Art der durchgeführten Therapie angegeben sind.

Augenheilkunde

Sehhilfen

Für die angefallenen Kosten hat das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** Anspruch auf **50 %** des Betrags, der aus dem Steuerbeleg hervorgeht, und zwar bis zu einem Gesamthöchstbetrag von **100,00 (hundert/00) Euro** für jedes Paar Brillengläser (inklusive Fassung) oder jährliche Kontaktlinsen.

Voraussetzung für die Rückvergütung ist die Verschreibung eines Facharztes oder der Nachweis des Optikers mit Angabe der Pathologie oder der Höhe der Dioptrien.

Verschreibungen, die nicht im engeren Sinne auf pathologische Faktoren oder Funktionsmängel des Sehapparates zurückzuführen sind, werden nicht anerkannt.

Sehhilfen werden in einem Zeitraum von **vier Jahren** nur einmal rückerstattet.

Nach der ersten Zahlung besteht der Anspruch auf eine weitere Unterstützung alle zwei Jahre, sofern der Facharzt feststellt,

dell'ottico optometrista, che sia intervenuta una variazione dello stato dell'apparato visivo pari o superiore a mezza diottria.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica della spesa sostenuta (fattura, ricevuta fiscale pagata);
- 2) prescrizione del medico specialista o attestato dell'ottico optometrista che indichi la patologia e il difetto visivo (diottrie). Verrà ritenuta valida la prescrizione del medico specialista o l'attestato dell'ottico optometrista, emessi nello stesso anno di acquisto delle lenti.

VII. Protesica

7.1. Protesi e presidi sanitari

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, è riconosciuto il **50%** con un massimo di **200,00 (duecento/00) euro** nell'anno solare per le spese sostenute per l'acquisto o noleggio di protesi o presidi sanitari di seguito elencati:

- a) apparecchi ortopedici per arto inferiore: docce, stecche, staffe, divaricatori, tutori per caviglia, tutori per gamba, tutori per ginocchia, tutori per anca;
- b) apparecchi ortopedici per arto superiore: docce, tutori;
- c) ortesi plantari, ortesi digitali;
- d) apparecchi ortopedici per il tronco: corsetti, busti, reggi spalle, collari, minerve;
- e) presidi per la deambulazione: stampelle, tripode, quadripode, stabilizzatore per statica in postura eretta, stabilizzatore per statica in postura supina;
- f) presidi per la mobilità: carrozzina pieghevole con manubrio di spinta per prevalente uso interno, carrozzina pieghevole con telaio stabilizzato, carrozzina di transito;
- g) protesi acustiche;
- h) protesi di arto inferiore tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- i) protesi di arto superiore: estetiche di tipo tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- j) protesi per laringectomizzati: cannula tracheale in plastica o metallo, due nell'anno solare;
- k) protesi fisiognomiche: protesi mammaria esterna, provvisoria o definitiva.
- l) protesi oculare.

La necessità di protesi o presidi sanitari riportati in elenco deve essere certificata da prescrizione medica che ne documenti anche la patologia per cui si rende necessario l'uso.

Esclusioni

Nel documento di spesa il costo dei presidi dovrà essere separato da altri eventuali costi aggiuntivi, i quali non vengono rimborsati come ad esempio le pile per il funzionamento, le riparazioni, i materiali d'uso.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica delle spese sostenute (ticket, fattura, ricevuta fiscale pagata);
- 2) Prescrizione del medico specialista contenente il tipo di protesi o presidio e la patologia.

dass sich das Sehvermögen um mindestens eine halbe Dioptrie verändert hat.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Ausgabenbelege (bezahlte Rechnung oder Steuerquittung);
- 2) Verschreibung des Facharztes oder der Nachweis des Optikers, aus der die Pathologie und die Höhe der Dioptrien hervorgehen. Gültig ist die Verschreibung des Facharztes oder der Nachweis des Optikers, welche im selben Jahr des Kaufs der Sehhilfen ausgestellt wurden.

Prothesen

7.1. Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

Dem **Mitglied** oder dem **anspruchsberechtigten Familienmitglied** werden **50%** der entrichteten Spesen bis zu einem Höchstbetrag von **200,00 (zweihundert/00) Euro** im Kalenderjahr für den Ankauf oder den Verleih der nachstehend aufgeführten Prothesen und sanitären Hilfsmittel rückerstattet:

- a) Stützgeräte für Fußgelenk, Beine, Knie und Hüfte.
- b) Orthopädische Geräte für obere Gliedmaßen: Hülsen, Stützgeräte.
- c) Schuheinlagen, digitale Orthesen;
- d) Orthopädische Geräte für den Rumpf: Korsette, Stützmieder, Geradehalter für die Schulter, Halskrausen, Halsstützen;
- e) Hilfsmittel zum Gehen: Krücken, 3-Punkte Stöcke, 4-Punkte-Stücke, Stabilisatoren für die Statik in aufrechter Haltung, Stabilisatoren für die Statik in liegender Stellung;
- f) Hilfsmittel für die Mobilität: Faltbarer Rollstuhl mit Schiebegriff für vorwiegenden Hausgebrauch, faltbarer Rollstuhl mit stabilisiertem Rahmen, Transitstuhl;
- g) Hörgeräte;
- h) Traditionelle oder modulare Prothesen für untere Gliedmaßen, die mit Körperenergie funktionieren;
- i) Prothesen für obere Gliedmaßen: ästhetische traditionelle oder modulare Prothesen, die mit Körperenergie funktionieren;
- j) Prothesen für Kehlkopfektomisierte: Trachealkanüle aus Kunststoff oder Metall, zwei pro Kalenderjahr.
- k) Physiognomische Prothesen: Externe provisorische oder Dauer-Brustprothesen.
- l) Augenprothesen.

Die Notwendigkeit von Heilbehelfen oder Prothesen muss durch eine ärztliche Verschreibung bestätigt werden, in der auch die entsprechende Pathologie angegeben wird.

Ausschlüsse

In der Kostenaufstellung müssen die Kosten der Prothesen und die Kosten der sanitären Hilfsmittel getrennt von eventuellen anderen Zusatzkosten (z.B. für Batterien, Reparaturen, Gebrauchsmaterialien) aufgeführt werden, die nicht rückvergütet werden.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Dokumente der getätigten Ausgaben für Prothesen und sanitäre Hilfsmittel (bezahlte Rechnung oder Steuerquittung);
- 2) Verschreibung des Facharztes mit der Art der Prothese oder des sanitären Hilfsmittels und der Pathologie.

VIII. Gravidanza e Maternità

8.1. Gravidanza

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, sono riconosciute durante il periodo di gravidanza certificato, le seguenti prestazioni di specialistica eseguite in regime privato e/o in libera professione intramuraria:

- a) **50%** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro** per analisi clinico chimiche, ed ecografie ostetriche;
- b) **50%** della spesa sostenuta con un massimo di **60,00 (sessanta/00) euro** per esami di Alta Diagnostica e Alta Specializzazione quali, Amniocentesi, Villocentesi, ed altri esami ritenuti necessari dal Medico Ginecologo/Ostetrico;
- c) **50%** della spesa sostenuta con un massimo di **40,00 (quaranta/00) euro** per visita, massimo 4 visite per gravidanza (ad integrazione di quanto riportato al punto 2 - visite specialistiche private).

Limiti sussidiabili

Il sussidio per il punto gravidanza è riconosciuto fino ad un massimo di **500,00 (cinquecento/00) euro** per gravidanza.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica delle spese sostenute (ticket, fattura, ricevuta fiscale pagata);
- 2) Certificazione rilasciata dal medico ginecologo attestante lo stato di gravidanza.

8.2. Maternità

In occasione di parto, indipendentemente dall'esito del parto stesso dal numero di figli nati, è corrisposto un sussidio di **60,00 (sessanta/00) euro** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **10 giorni** per evento.

Si ha diritto al sussidio quando il parto avviene **dopo la 24^o settimana** di gestazione.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Certificazione rilasciata dal medico ostetrico attestante la settimana di gestazione in cui è avvenuto il parto;
- 2) Certificato di dimissioni dell'Unità operativa (reparto) dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e l'attestazione del parto.

IX. Prestazioni sociali di rilievo sanitario

9.1. Assistenza domiciliare sanitaria

Al **socio**, o per un suo **familiare avente diritto**, nel caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti o infortunio e necessiti di interventi sanitari a domicilio, viene riconosciuto un sussidio orario di **12,00 (dodici/00) euro** per un massimo di **104 ore** nell'anno solare.

Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le seguenti prestazioni fornite da medici in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e infermieri in possesso di idoneo titolo professionale:

Schwangerschaft und Mutterschaft

Schwangerschaft

Das **Mitglied** oder sein **anspruchsberechtigtes Familienmitglied**, hat während der bestehenden Schwangerschaft Anrecht auf folgende Leistungen bei privaten Strukturen oder von freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen:

- a) **50%** der entrichteten Spesen bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** für klinisch-chemische Analysen und gynäkologische Echographien;
- b) **50%** der entrichteten Spesen bis zu einem Höchstbetrag von **60,00 (sechzig/00) Euro** für instrumentelle Hochdiagnostik, Hochspezialisierung, Fruchtwasseruntersuchung und die Chorionzottenbiopsie (Villocentesi), sowie sonstige vom Frauenarzt für notwendig befundene Untersuchungen;
- c) **50%** der entrichteten Spesen bis zu einem Höchstbetrag von **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Untersuchung, für maximal **vier** fachärztliche Untersuchungen der Spezialisierung Gynäkologie (zusätzlich zu den im Punkt 2 vorgesehenen Privatvisiten).

Höchstentschädigungsgrenze

Die Unterstützung für den Punkt Schwangerschaft wird bis zu einem Maximalbetrag von **500,00 (fünfhundert/00) Euro** pro Schwangerschaft gewährt.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Ausgabenbelege (bezahltes Ticket, Honorarnote, Rechnung, Steuerquittung);
- 2) Bescheinigung über die Schwangerschaft, ausgestellt vom Frauenarzt.

Mutterschaft

Es besteht Anspruch auf eine Unterstützung von **60,00 (sechzig/00) Euro** für jeden Tag des stationären Aufenthalts bis **maximal 10 Tagen** anlässlich einer Geburt, unabhängig vom Ausgang der Geburt und der Zahl der geborenen Kinder.

Anspruch auf die Unterstützung besteht dann, wenn die Geburt **nach der 24. Schwangerschaftswoche** erfolgt.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Entlassungsschein oder Bescheinigung des Krankenhauses oder des Geburtshelfers, aus der die Entbindung und die Schwangerschaftswoche, in der die Geburt stattgefunden hat, hervorgehen.
- 2) Bestätigung der Entlassung, aus der das Eingangsdatum und das Ausgangsdatum hervorgeht.

Hauskrankenpflege

Hauskrankenpflege

Das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** hat Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe von **12,00 (zwölf/00) Euro** pro Stunde und für eine Höchstzeit von **104 Stunden** pro Kalenderjahr, für den Fall, es von einer vorübergehenden oder dauernden Invalidität durch Krankheit oder Unfall betroffen ist. Unter Hauskrankenpflege versteht man folgende Leistungen, die von Ärzten mit Abschluss in Medizin und Chirurgie oder von Krankenpflegern

- terapie mediche;
- assistenza per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi di parametri biologici;
- assistenza riabilitativa e fisioterapica.

Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

Il sussidio spetta per terapie/prestazioni effettuate entro 365 giorni dall'evento.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica della spesa sostenuta con il numero di ore che comportano l'assistenza domiciliare sanitaria (ticket, fattura, ricevuta fiscale pagata).
- 2) Certificato che attesti la malattia invalidante e la tipologia di prestazione domiciliare richiesta.

9.2. Assistenza domiciliare sanitaria per malati neoplastici terminali

Al **socio**, ovvero ai suoi beneficiari o agli eredi legittimi, nel caso lui stesso o un suo **familiare avente diritto** sia affetto da neoplasie maligne, viene riconosciuto un sussidio fino ad un massimo di **2.000,00 (duemila/00) euro** come rimborso alle spese sostenute per gli interventi sanitari e le cure praticate a domicilio negli ultimi sei mesi di vita.

Il sussidio verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Documentazione analitica delle spese sostenute negli ultimi 6 mesi di vita del malato;
- 2) Certificato medico attestante la malattia neoplastica terminale.

X. Area Socio assistenziale

10.1. Inabilità totale

Al **socio**, cui sia stata riconosciuta la totale inabilità fisica o mentale a carattere permanente accertata dai medici degli Enti preposti a questo riconoscimento, tale da provocare un'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi lavoro, è riconosciuto per una sola volta un sussidio nelle seguenti misure:

- a) **3.000,00 (tremila/00) euro** per il socio, che all'atto del riconoscimento del provvedimento dell'inabilità totale abbia età **inferiore a 35 anni**;
- b) **2.000,00 (duemila/00) euro** per il socio che all'atto del riconoscimento del provvedimento dell'inabilità totale abbia **compiuto il 35°anno** di età.

L'erogazione del sussidio è subordinata alla effettiva cessazione da qualsiasi attività lavorativa.

mit geeignetem Titel durchgeführt werden: ärztliche und/oder fachärztliche Therapien,

- Pflegeleistungen für Wundbehandlungen, Mobilisierungen, Analyse und Überwachungen,
- Physiotherapien oder Rehabilitierungen.

Die Unterstützung wird nur ausgezahlt, wenn alle entstandenen Kosten detailliert belegt sind, der geltenden Steuergesetzgebung entsprechen und auf die jeweilige Erkrankung zurückzuführen sind.

Die Unterstützung steht für Leistungen/Therapien zu, die innerhalb von 365 Tagen ab dem Datum des Ereignisses durchgeführt werden.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Ordnungsmäßig quittierte Ausgabenbelege, aus denen die Stundenanzahl der effektiven Hauskrankenpflege hervorgeht (bezahltes Ticket, Rechnung, Steuerquittung).
- 2) Zertifikat welches die Invalidität und die Art der zu erbringenden notwendigen Hauskrankenpflege bescheinigt.

Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

Das **Mitglied** bzw. seine Begünstigten oder gesetzlichen Erben haben, falls das Mitglied selbst oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** an einer bösartigen Krebserkrankung leidet, Anspruch auf eine Unterstützung mit einem Maximalbetrag von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** als Rückerstattung der Kosten, die ihm in den letzten sechs Lebensmonaten für die ärztlichen Einsätze und die Behandlung zu Hause entstanden sind.

Die Unterstützung wird nur ausgezahlt, wenn alle entstandenen Kosten detailliert belegt sind, der geltenden Steuergesetzgebung entsprechen und auf die jeweilige Erkrankung zurückzuführen sind.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Belege der in den letzten sechs Lebensmonaten des Kranken angefallenen Ausgaben;
- 2) Zertifizierung des Arztes, die die Krebserkrankung im Endstadium bescheinigt.

Sozioökonomische Unterstützungen

Volle Erwerbsunfähigkeit

Dem **Mitglied**, dem die vollständige und dauerhafte körperliche oder geistige Unfähigkeit von den Ärzten der dafür zuständigen Körperschaften zuerkannt wurde, die eine absolute und dauernde Arbeitsunfähigkeit bewirkt, wird eine einmalige Unterstützung in folgender Höhe zugeteilt:

- a) **3.000 (dreitausend/00) Euro**, für das Mitglied im Alter von **unter 35 Jahren** zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollständigen Erwerbsunfähigkeit;
- b) **2.000 (zweitausend/00) Euro**, für das Mitglied im Alter von **35 Jahren** zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollständigen Erwerbsunfähigkeit;

Die Unterstützung erfolgt unter der Voraussetzung, dass keinerlei Arbeitstätigkeit ausgeübt wird.

Esclusione dal sussidio

Sono esclusi dal diritto al sussidio i soci che al momento dell'iscrizione alla Società risultino titolari di prestazioni previdenziali o assistenziali liquidate per totale e permanente inabilità al lavoro, nonché coloro che siano titolari di prestazioni pensionistiche di anzianità, vecchiaia o invalidità.

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

Dichiarazione di riconoscimento della totale inabilità fisica o mentale a carattere permanente accertata dagli Enti preposti a questo riconoscimento (Istituti previdenziali che liquidano la pensione d'inabilità, Commissioni per l'inabilità civile, ecc.).

10.2. Decesso

Nel caso di decesso del **socio** spetta, quale sostegno alla famiglia per contributo alle spese funerarie, un sussidio nelle seguenti misure:

- a) **3.000,00 (tre mila/00) euro** nel caso in cui il socio deceduto abbia età **inferiore ai 35 anni**;
- b) **2.000,00 (due mila/00) euro** per il socio deceduto che abbia **compiuto il 35° anno** di età;

Documentazione da allegare per il diritto al sussidio

- 1) Certificato di decesso;
- 2) Certificato storico di famiglia

Se non ci sono parenti stretti, come definiti al paragrafo successivo, sono gli eredi del beneficiario che hanno il diritto di richiedere il pagamento del contributo finanziario presentando in aggiunta ai punti sopra elencati i seguenti documenti:

- 3) *Copia autentica del testamento (ove esiste);*
- 4) *Atto di notorietà o dichiarazione sostitutiva di atto notorio per gli eventuali eredi legittimi in ordine alla loro legittimazione (Art. 4 Legge 4 gennaio 1968 n. 15);*
- 5) *Copia autenticata del decreto del giudice tutelare per l'impiego delle somme spettanti agli eredi minori (rilasciato dal Tribunale)*

Pagamento in caso di decesso del beneficiario

In caso di morte del beneficiario, spetta alla persona nominata dal socio, quale sostegno alla famiglia per contributo alle spese funerarie, il contributo finanziario una tantum definito nel fondo. Se il socio non ha nominato nessuna persona, il pagamento verrà effettuato al parente più prossimo. Le seguenti persone sono considerate parenti stretti ove il precedente esclude il successore:

- il coniuge superstite
- il convivente,
- i figli,
- il genitore superstite più anziano,
- il fratello o la sorella maggiore vivente.

Se non ci sono parenti stretti, sono gli eredi del socio che hanno il diritto di richiedere il pagamento del contributo finanziario.

In caso di decesso di un avente diritto del socio, il contributo finanziario alle spese e ai costi sostenuti sarà sempre pagato al socio.

Ausschluss von der Unterstützung

Ausgeschlossen vom Anspruch auf die Unterstützung sind Mitglieder, die zum Zeitpunkt der Eintragung bei der Gesellschaft Renten- oder Fürsorgeleistungen beziehen, die wegen vollständiger und dauernder Arbeitsunfähigkeit gezahlt werden. Ferner sind auch die Bezieher von Dienstalters-, Alters- oder Invaliditätsrenten ausgeschlossen.

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

Erklärung über die Anerkennung der vollständigen körperlichen oder geistigen bleibenden vollständigen Erwerbsunfähigkeit, die vom zuständigen Amt ausgestellt wird (Vorsorgeeinrichtungen, die die Invalidenrente auszahlen, Kommissionen für Zivilinvalidität usw.)

Todesfall

Im Falle des Todes des **Mitglieds** hat die Familie Anspruch auf einen Unterstützungsbeitrag für die Beerdigungskosten in folgender Höhe:

- a) **3.000 (dreitausend/00) Euro**, wenn das verstorbene **Mitglied** das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
- b) **2.000 (zweitausend/00) Euro**, wenn das verstorbene **Mitglied** das 35. Lebensjahr vollendet hat;

Beizulegende Dokumente für die Unterstützung

- 1) Todesbescheinigung;
- 2) Historischer Familienbogen;

Sind keine nahen Verwandten, wie untenstehend definiert, vorhanden, haben die Erben des Begünstigten das Recht, die Zahlung des finanziellen Beitrags zu verlangen, indem sie zusätzlich zu den oben genannten Punkten folgende Dokumente vorlegen:

- 3) *Beglaubigte Kopie des Testamentes (falls vorhanden);*
- 4) *Notariatsakt oder Ersatzerklärung der Notariatsaktes für die eventuellen gesetzlichen Erben mit Bezug auf ihre Legitimation (Art. 4 Gesetz Nr. 15 vom 4. Januar 1968);*
- 5) *beglaubigte Kopie des Dekrets des Vormundschaftsgerichts für die Verwendung des Betrages, welcher den minderjährigen Erben zusteht (ausgestellt vom Landesgericht)*

Auszahlung bei Ableben eines Mitglieds

Im Falle des Todes des Mitglieds hat die vom Mitglied benannte Person Anspruch auf einen einmaligen finanziellen Beitrag für die nach dem Ableben des Mitglieds anfallenden Spesen und Kosten. Sollte das Mitglied keine Person namhaft gemacht haben, erfolgt die Auszahlung an den nächsten Verwandten. Als nahe Verwandte gelten folgende Personen, wobei der jeweils Vorgeordnete die Nachgereihten ausschließt:

- *der überlebende Ehegatte,*
- *der zusammenlebende Lebenspartner,*
- *die Kinder,*
- *das älteste noch lebende Elternteil,*
- *das älteste noch lebende Geschwisternteil.*

Sollten keine nahen Verwandten vorhanden sein, sind die Erben des Mitglieds berechtigt, die Auszahlung des finanziellen Beitrages geltend zu machen.

Im Falle des Todes eines Anspruchsberechtigten des Mitglieds wird der finanzielle Beitrag zu den anfallenden Spesen und Kosten immer an das Mitglied ausbezahlt.

Norme di carattere generale

- **Familiari aventi diritto**
 - a) I massimali “per anno solare”, per le prestazioni comprendenti i famigliari aventi diritto fiscalmente a carico, sono da intendersi massimali per nucleo familiare. I familiari aventi diritto sono coperti dal primo giorno del mese successivo alla comunicazione.
 - b) Il pacchetto può essere esteso ai familiari aventi diritto **non a carico** con massimali autonomi. Il pagamento del contributo annuale deve essere effettuato dal socio trimestralmente mediante ordine permanente. I familiari aventi diritto non a carico sono coperti dal primo giorno del mese successivo del primo versamento come previsto dal Art. 1.4 del regolamento applicativo.
- **Copertura**

Tutti i massimali annui di copertura sono rapportati ai mesi di effettiva iscrizione a Mutual Help.
- **Cumulabilità dei sussidi**

Qualora una prestazione sanitaria sia presente in più aree, verrà rimborsata con riferimento ad una sola area.
- **Detrazione delle spese sanitarie nella dichiarazione dei redditi**

Nella dichiarazione dei redditi l'iscritto può detrarre le sole spese che non sono state rimborsate e che sono rimaste a suo carico.
- **Prestazioni odontoiatriche**

Le prestazioni odontoiatriche vengono rimborsate solo secondo le modalità previste nei punti dell'area “prestazioni odontoiatriche”.
- **Esclusioni**

I sussidi non sono concessi per prestazioni inerenti la Medicina estetica, la Medicina del lavoro, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina Olistica, l'Agopuntura la Chiropratica, l'Iridologia, l'Omeopatia, di psicologia, prodotti farmaceutici, copie di esami radiologici su CD, il rilascio della patente e attestati di idoneità. Sono altresì escluse e quindi non riconosciute, le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.
- **Periodo di carenza per il diritto ai sussidi e massimali di copertura**

Per i dipendenti/soci, che sono stati iscritti dall'azienda al Fondo Integrativo Sanitario nei termini fissati dal Verbale di Accordo Mutualistico, il diritto ai sussidi decorre **dal primo giorno del mese successivo** al primo versamento del contributo associativo come previsto dal Art. 1.4 del

Allgemeine Bestimmungen

- **Anspruchsberechtigte Familienmitglieder**
 - a) Die jährlichen Höchstbeträge für Leistungen, die anspruchsberechtigte steuerlich zu Lasten lebende Familienmitglieder umfassen, sind als Höchstbeträge pro Familie zu verstehen. Die Deckung erfolgt ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats der Meldung.
 - b) Das Leistungspaket kann auf die **nicht zu Lasten lebenden** anspruchsberechtigten Familienmitglieder mit autonomen Höchstentschädigungsgrenzen erweitert werden. Die Zahlung des jährlichen Beitrags muss von Seiten des Mitglieds trimestral durch einen Dauerauftrag erfolgen. Die Deckung erfolgt ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats der ersten Zahlung des Beitrages, wie im Art. 1.4 der Geschäftsordnung definiert.
- **Deckung**

Die angeführten Höchstentschädigungsgrenzen stehen im Verhältnis zu den Monaten der effektiven Einschreibung bei Mutual Help.
- **Kumulierbarkeit der Leistungen**

Falls eine Gesundheitsdienstleistung in mehreren Bereichen vorgesehen ist, wird die Leistung nur in einem Bereich erstattet.
- **Abzug der Gesundheitsausgaben bei der Steuererklärung**

In der Steuererklärung kann das Mitglied nur die Ausgaben absetzen, die nicht rückerstattet wurden und die zu Lasten des Mitglieds geblieben sind.
- **Zahnärztliche Leistungen**

Die zahnärztlichen Leistungen werden nur nach den im Bereich „zahnärztliche Leistungen“ vorgesehenen Modalitäten erstattet.
- **Ausschlüsse**

Die angeführten Unterstützungen werden nicht für Leistungen betreffend Rechtsmedizin, Sportmedizin, Arbeitsmedizin, ästhetischen Medizin, alternative Medizin, Akupunktur, Chiroprathie, Iridologie, Homöopathie, Psychologie, für Medikamente, für Kopie des radiologischen Befundes auf CD, für das Ausstellen von Führerscheinen, Befähigungsscheinen und Zulassungen gewährt. Ausgeschlossen und deshalb nicht anerkannt sind fachärztliche Untersuchungen von Personen, die nicht im Besitz eines Universitätsabschlusses der Medizin und Chirurgie sind.
- **Karenzzeit für das Anrecht auf Unterstützung und Höchstentschädigungsgrenzen**

Die Arbeitnehmer/Mitglieder, welche durch den Betrieb in den ergänzenden Gesundheitsfonds und unter Berücksichtigung der im wechselseitigen Betriebsabkommen enthaltenen Bedingungen eingeschrieben wurden, haben das Anrecht auf

regolamento applicativo, salvo diversamente regolato dal verbale di accordo mutualistico.

Si indica che tutti i massimali annui di copertura sono rapportati ai mesi di effettiva iscrizione a Mutual Help.

- **Richiesta di sussidio: Termine e modalità per la presentazione**

La richiesta di sussidio dovrà pervenire alla Società mediante apposito "Modulo richiesta sussidi", nei seguenti modi:

- a) portale web "**MutualHelp for you**" (accesso attraverso il nostro sito internet www.mutualhelp.eu);
- b) per posta ordinaria (validità ha la data del timbro postale) o;
- c) consegna diretta alla sede della Società, Via Raiffeisen 2/D, 39100 Bolzano.

Tutte le richieste di sussidio dovranno pervenire a Mutual Help improrogabilmente **entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo** dalla data del documento fiscale, attestante le spese sostenute (fattura o ricevuta fiscale pagata), o della data di dimissione per i ricoveri. Il mancato rispetto di tale termine comporta l'estinzione del diritto al sussidio per tacita rinuncia da parte dell'interessato.

Le richieste di sussidio possono essere presentate, purché, la somma dei documenti allegati non sia inferiore a **15,00 (quindici/00) euro**; pertanto non verranno prese in esame richieste di rimborso delle spese sostenute inferiori a tale importo.

Nel caso in cui l'iscritto abbia già ottenuto un rimborso per la stessa prestazione da un altro soggetto, il fondo calcolerà il rimborso sull'importo residuo rimasto a carico dell'iscritto.

- **Tempistiche di liquidazione**

Per le richieste di sussidio presentate dagli iscritti, con riserva di copertura, Mutual Help garantisce in caso di accoglimento, il relativo rimborso o pagamento delle indennità entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa, qualora la richiesta sia stata trasmessa alla Mutual Help attraverso il portale web "MutualHelp for you"; in tutti gli altri casi (invio per posta ordinaria, consegna diretta allo sportello o presso gli sportelli delle Casse Raiffeisen dell'Alto Adige) e per le richieste di sussidio consegnate nei mesi di dicembre e gennaio, Mutual Help garantisce in caso di accoglimento, il relativo rimborso o pagamento delle indennità, entro 60 giorni dalla data di consegna della documentazione completa.

- **Documenti da allegare**

La Società può richiedere al socio o direttamente agli Enti competenti tutta la documentazione che riterrà opportuna, a conferma della validità del sussidio richiesto. La Società non è tenuta alla restituzione di documenti presentati a seguito di richiesta sussidi ad eccezione della cartella clinica. L'elenco dei documenti da allegare alla richiesta sussidio sono riportati nel regolamento del fondo al termine del testo che dà diritto al sussidio. Il documento

Unterstützungen **ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats** nach der ersten Zahlung des Beitrages, wie im Art. 1.4 der Geschäftsordnung definiert, sofern keine besondere Regelung im wechselseitigen Betriebsabkommen festgelegt wurde.

Es wird darauf hingewiesen, dass die angeführten Höchstentschädigungsgrenzen im Verhältnis zu den Monaten der effektiven Einschreibung stehen.

- **Antrag auf Unterstützung: Fristen und Bedingungen**

Der Antrag auf Unterstützung muss mit dem dafür vorgesehenen Formular „Antrag auf Unterstützung“ folgenderweise übermittelt werden:

- a) über das Internetportal "**MutualHelp for you**" (Zugang über unsere Webseite www.mutualhelp.eu),
- b) per Post (Gültigkeit hat der Poststempel) oder,
- c) persönlich direkt beim Büro der Mutual Help, Raiffeisenstraße 2/D, 39100 Bozen.

Der Antrag auf Unterstützung muss **innerhalb 31. Januar des darauffolgenden Jahres** vom Ausstellungsdatum des Steuerbelegs (bezahlte Rechnung oder Steuerquittung) bzw. vom Datum der Entlassung bei Krankenhausaufenthalt, bei Mutual Help eingereicht werden. Die Nichteinhaltung dieser Frist führt zum Erlöschen des Anspruchs auf die Unterstützung durch stillschweigenden Verzicht.

Der Antrag auf Unterstützung kann eingereicht werden, sofern die Summe der beigefügten Dokumente nicht unter **15,00 (fünfzehn/00) Euro** liegt; Anträge auf Unterstützung von Ausgaben, die unter diesem Betrag liegen, werden nicht berücksichtigt.

Falls das Mitglied bereits eine Rückerstattung für dieselbe Leistung von einer anderen Einrichtung erhalten hat, wird die Rückerstattung von Mutual Help auf den verbleibenden noch offenen Betrag berechnet.

- **Auszahlungsfristen**

Vorbehaltlich Deckung gewährleistet Mutual Help die Rückerstattung bzw. Auszahlung der Leistungen innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt der vollständigen Dokumentation, wenn der Antrag über das Webportal "MutualHelp for you" an Mutual Help gesendet wurde; in allen anderen Fällen (per Post, direkte Abgabe am Schalter oder an den Schaltern der Südtiroler Raiffeisenkassen) und für Anträge auf Unterstützung, welche in den Monaten Dezember und Januar eingereicht werden, gewährleistet Mutual Help die Rückerstattung bzw. Auszahlung der Leistungen innerhalb von 60 Tagen ab Erhalt der vollständigen Dokumentation.

- **Beizulegende Dokumente**

Die Gesellschaft kann vom Mitglied oder direkt bei den zuständigen Einrichtungen alle Unterlagen anfordern, die sie für erforderlich hält, zwecks Bestätigung der Gültigkeit der beantragten Unterstützung.

Die wechselseitige Gesellschaft ist nicht zur Rückgabe der Dokumente verpflichtet, die aufgrund eines Antrages um Unterstützung vorgelegt wurden, mit Ausnahme des Krankenblattes.

fiscale deve riportare chiara indicazione dell'avvenuto pagamento delle somme esposte.

- **Dichiarazione di notorietà**

I documenti segnati con (*) possono essere sostituiti con il modulo per la dichiarazione di notorietà da autenticarsi presso la sede della Società.

- **Cartella clinica**

(**) Se è obbligatorio presentare la cartella clinica, allegando la ricevuta fiscale, sarà rimborsato il costo.

- **Allegati**

- A) Allegato "A" - tariffario interventi chirurgici sussidiabili Fascia "A".
- B) Allegato "B" - nomenclatore tariffario prestazioni odontoiatriche Fascia "A".
- C) Allegato "C" - esami di alta diagnostica strumentale e alta specializzazione.

Die beizulegenden Dokumente befinden sich in der Durchführungsbestimmung des Fonds am Ende des Textes eines jeden einzelnen Unterstützungspunktes. Aus den Rechnungen muss die erfolgte Zahlung hervorgehen.

- **Notorietätserklärung**

Alle die mit (*) versehenen Dokumente können durch das Formular für die Notorietätserklärung ersetzt werden, das von der Gesellschaft beglaubigt werden muss.

- **Krankengeschichte**

(**) Wenn es verpflichtend ist, die Krankengeschichte vorzuweisen und die Quittung beizulegen, wird der Betrag rückvergütet.

- **Anlagen**

- A) Anlage "A"- Verzeichnis und Tarifverzeichnis der großen chirurgischen Eingriffe, Bereich „A“.
- B) Anlage "B" - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der zahnärztlichen Leistungen Bereich „A“.
- C) Anlage "C" - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der instrumentellen Hochdiagnostik.



Fondo Integrativo Sanitario Base / Fonds für ergänzende Gesundheitsfürsorge “Settore Metalmeccanico” / “Metall- und Maschinenbau” (F34)

Contributo associativo annuo / Jährlicher Mitgliedsbeitrag 156,00 Euro

Per i dipendenti di Aziende firmatarie di Convenzione Mutualistica (ex art. 51 comma 2 lett. a DPR 917/1986 e s.m.i.)
Für Mitarbeiter von Unternehmen (Art. 51, Absatz 2, Buchstabe a des DPR 917/1986 und nachfolgende Änderungen)

Prestazioni specialistiche pubbliche / Öffentliche fachärztliche Leistungen			
Ticket sanitari Beitrag Sanitätsdienst (Ticket)	Mitgl. Socio Fam.	100% max. € 1.000,00 per anno solare / pro Kalenderjahr	
Prestazioni specialistiche private / Private fachärztliche Leistungen			
Visite specialistiche Private fachärztliche Untersuchungen	Mitgl. Socio Fam.	50% della spesa sostenuta max. di 40,00 euro per visita (max. due visite nell'anno solare).	50% des Rechnungsbetrages max. von 40,00 Euro pro Untersuchung (max. zwei Untersuchungen pro Kalenderjahr).
Esami di diagnostica strumentale Instrumentelle diagnostische Untersuch.	Mitgl. Socio Fam.	50% della spesa sostenuta max. 40,00 euro per esame (max. due esami nell'anno solare).	50% des Rechnungsbetrages max. 40,00 Euro pro Untersuchung (max. zwei Untersuchungen pro Kalenderjahr).
Alta diagnostica strumentale e alta specializzazione Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung	Mitgl. Socio Fam.	50% della spesa sostenuta max. 60,00 euro per ogni esame compreso nell'Allegato "C".	50% des Rechnungsbetrages max. 60,00 Euro für die im Verzeichnis Anlage „C“ aufgelisteten Untersuchungen.
Esami di laboratorio Laboruntersuchungen	Mitgl. Socio Fam.	50% della spesa sostenuta max. 40,00 euro per documento (max. due documenti fiscali nell'anno solare).	50% des Rechnungsbetrages max. 40,00 Euro pro Steuerbeleg (max. zwei Steuerbelege pro Kalenderjahr).
Area prestazioni specialistiche privata: spese documentate a seguito di malattia o infortunio, fino ad un max. di 1.500,00 euro nell'anno solare Private fachärztliche Leistungen aufgrund von Krankheit oder Unfall bis zu einem Max. von 1.500,00 Euro pro Kalenderjahr			
Prestazioni Odontoiatriche / Zahnheilkunde			
Cure odontoiatriche in convenzione Vertragsgebundene Zahnheilkunde	Mitgl. Socio	Per le prestazioni di specialistica odontoiatrica elencate nell' Allegato "B", è riconosciuto un sussidio fino alla somma riportata nel tariffario Fascia "A" della prestazione effettuata.	Das Mitglied erhält die in der Anlage „B“ Tarifverzeichnis „A“ angeführten Leistungen und Beträge.
	Fam.	<ul style="list-style-type: none"> a) 50% della spesa sostenuta per visita specialistica odontoiatrica ed eventuale ablazione del tartaro con un massimo complessivo di 40,00 euro una sola volta nell'anno solare; b) 50% per radiografie endorali, OPT, Telecranio, Dentalscan, altri esami diagnostici del cavo orale, max. 40,00 euro una sola volta nell'anno solare; c) 50% per otturazione semplice o complessa di una o più superfici, compresa la ricostruzione del dente, max. 40,00 euro per un solo elemento nell'anno solare; d) 50% per trattamento endodontico monocalare o pluricanalare max. 40,00 euro, per un solo elemento nell'anno solare; e) 50% per estrazione chirurgica di dente o radice, max. due avulsioni nell'anno solare, max. 40,00 euro per elemento; f) 50% per incisione di ascesso più medicazioni successive, max. 40,00 euro per intervento max. un intervento nell'anno solare. 	<ul style="list-style-type: none"> a) 50 % der Kosten für zahnärztliche Untersuchung und/evtl. Zahnsteinentfernung mit maximal 40,00 Euro pro Kalenderjahr (maximal einmal im Jahr); b) 50 % für Röntgenaufnahmen, OPT, Fernröntgen, Dentalscan, intraorale Fotos oder anderer digitaler Aufnahme der Mundhöhle max. 40,00 Euro pro Kalenderjahr; (maximal einmal im Jahr); c) 50% für die ein oder mehrflächige Füllung eines Zahnes, inklusive der Aufbaufüllung des Zahnes max. 40,00 Euro für einen einzigen Zahn pro Kalenderjahr; d) 50 % für die ein- oder mehrkanalige Wurzelbehandlung der Zähne max. 40,00 Euro für einen Zahn pro Kalenderjahr; e) 50 % für Chirurgische Extraktion eines Zahnes oder einer Wurzel max. 40,00 Euro pro Zahn; max. zwei Eingriffe; f) 50 % für Einschnitt aufgrund von Abszess und nachfolgende Behandlung max. 40,00 Euro; max. ein Eingriff pro Kalenderjahr;
Cure odontoiatriche - strutture pubbl. Zahnpflege - öffentliche Strukturen	Mitgl. Socio Fam.	<ul style="list-style-type: none"> a) 100% Ticket; b) 50% del documento fiscale pagato. 	<ul style="list-style-type: none"> a) 100% Ticket; b) 50% des bezahlten Steuerbeleges.
Cure odontoiatriche presso strutture convenzionate e cure odontoiatriche effettuate presso strutture pubbliche: max. 2.000,00 euro nell'anno solare. Vertragsgebundene Zahnheilkunde und Zahnpflege in öffentlichen sanitären Strukturen: Max. 2.000,00 Euro pro Kalenderjahr			
Cure odontoiatriche - infortunio Zahnbehandlung aufgrund von Unfall	Mitgl. Socio Fam.	<ul style="list-style-type: none"> max. 1.000,00 euro per infortunio e anno solare a) 100% Ticket; b) 50% del documento fiscale. 	<ul style="list-style-type: none"> Max. 1.000,00 Euro pro Unfall im Kalenderjahr a) 100 % des Tickets; b) 50 % der Steuerbelege.
Area Ospedaliera / Krankenhausaufenthalt			
Interventi chirurgici sussidiabili presso strutture private Unterstützte chirurgische Eingriffe in PRIVATEN Strukturen	Mitgl. Socio Fam.	Le prestazioni riconosciute sono elencate nell'allegato "A", Fascia "A"	Die Leistungen sind in der Anlage "A" Tarifverzeichnis Bereich "A" angeführt
Trasporto con mezzo sanitario Krankentransport	Mitgl. Socio Fam.	in Italia o all'Estero 80% della spesa max. 1.000,00 euro	in Italien oder im Ausland 80% der Kosten max. 1.000,00 Euro

Interventi chirurgici sussidiabili presso strutture pubbliche Unterstützte chirurgische Eingriffe in ÖFFENTLICHEN Strukturen	Mitgl. Socio Fam.	Le prestazioni riconosciute sono elencate nell'allegato "A", Fascia "A"	Die Leistungen sind in der Anlage "A" Tarifverzeichnis Bereich "A" angeführt
Interventi chirurgici sussidiabili presso strutture pubbliche - (allegato A) Krankenhauslieferung aufgrund chirurgischen Eingriff - (Anlage A)	Mitgl. Socio Fam.	Indennità sostitutiva a) 40,00 euro giornalieri in Italia; b) 60,00 euro giornalieri all'Estero. Viene riconosciuto fino ad un massimo di 30 giorni per ogni intervento.	Ersatztaggeld a) 40,00 Euro pro Tag in Italien; b) 60,00 Euro pro Tag im Ausland. Die Unterstützung wird für bis zu maximal 30 Tage anerkannt.
Interventi chirurgici - neonato Chirurgischer Eingriff - Neugeborenes	Fam.	max. 10.000,00 Euro	
		Indennità sostitutiva: max. 50,00 € per ogni giorno di ricovero - max. 30 giorni	Ersatztaggeld: max. 50,00 Euro pro Tag des stat. Aufenthaltes für max. 30 Tage pro Eingriff
Interventi chirurgici ambulatoriali Ambulant chirurgische Eingriffe	Mitgl. Socio Fam.	Max. 200,00 euro e fino a 2 interventi per anno solare	Max 200,00 Euro und bis 2 Eingriff pro Kalenderjahr

Cure / Kuren

Trattamenti fisioterapici Physiotherapeutische Behandlungen	Mitgl. Socio Fam.	50% della spesa sostenuta fino ad un massimo di 80,00 euro nell'anno solare	50 % der entstandenen Kosten bis zu einem max. von 80,00 Euro im Kalenderjahr
Cure oncologiche Onkologische Behandlungen	Mitgl. Socio Fam.	30,00 euro per ogni giorno di trattamento	30,00 Euro für jeden Behandlungstag;

Oculistica / Augenheilkunde

Lenti Sehhilfen	Mitgl. Socio Fam.	50% della spesa sostenuta con un max. di 100,00 euro ogni quattro anni	50 % des Rechnungsbetrages bis zu einem max. von 100,00 Euro alle vier Jahre
--------------------	-------------------	--	--

Protesica / Prothesen

Protesi e presidi sanitari Prothesen und sanitäre Hilfsmittel	Mitgl. Socio Fam.	50% con un max. di 200,00 euro nell'anno solare per le spese sostenute per l'acquisto di protesi o presidi sanitari elencati nel regolamento.	50% des Steuerbelegs bis zu einem Max. von 200,00 Euro im Kalenderjahr für die in der Geschäftsordnung aufgeführten Prothesen und sanitären Hilfsmittel
--	-------------------	---	---

Gravidanza e Maternità / Schwangerschaft und Mutterschaft

Gravidanza Zeitraum der Schwangerschaft	Mitgl. Socio Fam.	a) 50% della spesa max. 40,00 euro per analisi clinico chimiche, ed ecografie ostetriche; b) 50% della spesa max. 60,00 euro per esami di Alta Diagnostica e Alta Specializzazione; c) 50% della spesa max. 40,00 euro per visita, massimo 4 visite per gravidanza Max. 500,00 Euro per gravidanza	a) 50 % der Spesen max. 40,00 Euro für klinisch-chemische Analysen und gynäkologische Echographien; b) 50 % der Spesen max. 60,00 Euro für instrumenteller Hochdiagnostik und Hochspezialisierung; c) 50 % der Spesen max. 40,00 Euro für vier gynäkologische Untersuchungen. Max. 500,00 Euro pro Schwangerschaft
Maternità Mutterschaft	Mitgl. Socio Fam.	60,00 euro per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 10 giorni per evento	60,00 Euro für jeden Tag des stationären Aufenthaltes bis maximal 10 Tage

Prestazioni sociali di rilievo sanitario / Hauskrankenpflege

Assistenza domiciliare sanitaria Unterstützung für Hauskrankenpflege	Mitgl. Socio Fam.	12,00 euro orari con un massimo di 104 ore nell'anno solare.	12,00 Euro pro Stunde bis zu maximal 104 Stunden pro Kalenderjahr;
Assistenza domiciliare sanitaria malato neoplastico terminale Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium	Mitgl. Socio Fam.	Max. 2.000,00 Euro.	

Prestazioni socio assistenziali / Sozioökonomische Unterstützungen

Inabilità totale Volle Erwerbsunfähigkeit	Mitgl. Socio	a) 3.000,00 euro età inferiore a 35 anni; b) 2.000,00 euro dal 35°anno di età	a) 3.000 Euro unter 35 Jahren; b) 2.000 Euro über 35 Jahren
Decesso Todesfall	Mitgl. Socio	a) 3.000,00 euro età inferiore a 35 anni; b) 2.000,00 euro dal 35°anno di età	a) 3.000 Euro unter 35 Jahren; b) 2.000 Euro über 35 Jahren

Per una corretta interpretazione delle prestazioni sopra elencate, va fatto specifico riferimento al Regolamento applicativo del Fondo

Die Übersichtstabelle stellt die Zusammenfassung der Leistungen dar, für eine korrekte Auszahlung der Leistung muss auf die Durchführungsbestimmung des Fonds Bezug genommen werden.



anspruchsberechtigte steuerlich zu Lasten lebende Familienmitglieder - Höchstbeträge pro Kalenderjahr und Familie - die Deckung erfolgt ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats der Meldung
famigliari aventi diritto fiscalmente a carico - massimali per anno solare e per nucleo familiare - sono coperti dal primo giorno del mese successivo alla comunicazione



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

Ersatzerklärung des Notorietätsaktes Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

Das unterfertigte Mitglied
Il socio sottoscritto

St.Nr.
C.F.

Wohnhaft in (Straße/Platz)
Residente in (Via/Piazza)

PLZ
CAP

Gemeinde
Comune

Provinz
Provincia

Mobiltel
Cellulare

Tel
Tel

E-Mail
E-mail

erklärt/dichiara

im Bewusstsein der eigenen Verantwortung und der entsprechenden Strafen für unwahre Erklärungen gemäß Art. 482 und 486 StGB, dass seine/ihre Familie sich aus den folgenden anspruchsberechtigten Familienmitgliedern gemäß Art. 2.1 der Geschäftsordnung der Gesellschaft zusammensetzt (bitte leserlich in **Druckschrift** ausfüllen):

consapevoli della propria responsabilità prevista e punita dagli art. 482 e 486 c.p. che si assumono in caso di dichiarazione mendace che il proprio nucleo familiare avente diritto di cui all'articolo 2.1 del Regolamento della Società è così composto (compilare leggibile in **stampatello**):

Name und Nachname des Familienmitglieds Nome e Cognome del familiare	Steuernummer Codice Fiscale	Geburtsdatum und -ort Data e Luogo nascita
_____	_____	_____
Verwandtschaftsgrad ¹ Grado parentela	Unterschrift ² Firma	Zu Lasten ³ A carico <input type="checkbox"/> Ja Si <input type="checkbox"/> Nein No
_____	_____	

Der/die Unterfertigte verpflichtet sich, der Wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help frühzeitig jede Änderung bezüglich der Familienzusammensetzung mitzuteilen. Das Mitglied ist darüber in Kenntnis, dass eine Unterlassung der Meldung den Ausschluss der Unterstützung zur Folge haben kann.

Der/die Unterfertigte erkennt im Voraus das Recht von Mutual Help an, bei jeder Behörde und/oder Einrichtung, durch Vorzeigen der vorliegenden Erklärung, Informationen und Dokumente über den Gegenstand der oben angeführten Erklärung einzuholen oder eventuelle Dokumente zu verlangen; dies nach Kenntnisnahme der Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016. Die Nichtvorlage dieser Dokumente hat die automatische Einstellung der beantragten Unterstützung oder Leistung sowie die eventuelle Beschreitung des Rechtsweges zur Folge.

Des Weiteren erklärt er/sie sich mit dem dieser Ersatzerklärung beigefügten Informationsblatt betreffend die Verarbeitung der Daten (DSGVO Nr. 679/2016) einverstanden.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla Mutual Help Società di Mutuo Soccorso ogni variazione che intervenga nel proprio nucleo familiare, consapevole che la mancata comunicazione può comportare l'esclusione del diritto ai sussidi.

Il/La sottoscritto/a riconosce sin d'ora alla Mutual Help Società di mutuo soccorso il diritto di richiedere, con la sola esibizione della presente dichiarazione, a qualsiasi Autorità e/o Ente informazioni e documenti inerenti a quanto sopra dichiarato e ciò presa totale conoscenza del disposto del regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016, o a produrre eventuali documenti richiesti consapevole che la mancata produzione comporta l'automatica sospensione del sussidio o prestazione richiesta, nonché l'eventuale azione legale.

Inoltre accetta il/La sottoscritto/a quanto riportato nella pagina allegata alla presente dichiarazione di notorietà riguardate il trattamento dei dati (GDPR n. 679/2016).

Datum/Data

Unterschrift des Mitglieds / Firma del Socio

Anmerkung: Bitte Kopie der Steuernummer und des Ausweises des anspruchsberechtigten Familienmitgliedes beilegen.

Nota: Per favore allegare copia del codice fiscale e della carta d'identità del avente diritto.

¹ Angeben, ob Ehepartner, Lebensgefährte in eheähnlicher Gemeinschaft (more-uxorio) oder Sohn/Tochter
Specificare se coniuge, convivente more-uxorio o figlio/a

² Mit der Unterschrift des Familienmitglieds erklärt sich das Familienmitglied mit der Verarbeitung der persönlichen Daten einverstanden. Für minderjährige Kinder wird die Zustimmung durch die Unterschrift des Mitglieds erteilt.
Con la firma il familiare intende accordato il proprio consenso al trattamento dei dati personali, così come sopra specificato. Per figli minorenni non occorre la firma degli interessati, il consenso è espresso con la firma del socio.

³ Angeben, ob zu Lasten oder nicht (JA/NEIN)
Indicare se a carico fiscale del socio (SI/NO).

Informationsmitteilung im Sinne der Art. 13 und 14 der europäischen Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016

Informativa ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

Im Sinne der oben angeführten Verordnung informieren wir Sie hiermit über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die im Zusammenhang mit der Organisation, der Verwaltung und Abwicklung der bestehenden Geschäftsbeziehung bei der Mutual Help Wechselseitige Hilfsgesellschaft erfolgt.

Ai sensi della normativa sopra richiamata La informiamo come i Suoi dati personali sono trattati dalla Cooperativa in relazione all'organizzazione e alla gestione e lo svolgimento dei rapporti commerciali esistenti del rapporto societario.

Quelle der Daten, Zweck und Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Ihre personenbezogenen Daten werden bei Ihnen und gelegentlich auch bei Dritten erhoben und für jene Zwecke verarbeitet, die eng mit der Verwaltung der Mitgliedschaft, mit der Abwicklung des der bestehenden Geschäftsbeziehungen und mit den Verpflichtungen verbunden sind, die sich für uns aus Gesetzen, Verordnungen, EU-Bestimmungen und Verträgen ergeben. Entsprechend erfolgt die Verarbeitung zur Erfüllung von vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen. Gleiches gilt gegebenenfalls auch für die Verarbeitung von personenbezogenen Daten Ihrer Familienangehörigen (ggf. auch von Minderjährigen).

Ohne Ihr Einverständnis zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, ist eine Verwaltung der Mitgliedschaft und die Abwicklung eines Mitgliedergeschäfts nicht möglich.

Art der verarbeiteten Daten - Datenkategorien

Im Normalfall verarbeiten wir im Zusammenhang mit der Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft und im Zusammenhang mit den bestehenden Geschäftsbeziehungen nur personenbezogene Daten wie zum Beispiel: Bestandsdaten (Namen, Adressen, Geburtsdaten, Steuernummer, Bankverbindung); Kontaktdaten (E-Mail, Telefonnummern); Inhaltsdaten (Identitätskarte); Vertragsdaten (Zeitpunkt, Inhalt, Zahlungsinformationen); Daten über erworbene Qualifikationen.

Bei der Erfüllung der mit der Mitgliedschaft zusammenhängenden Verpflichtungen können wir in den Besitz von Daten gelangen, die das Gesetz als „besonders“ einstuft (it. "categorie particolari di dati", ehemals „sensible Daten“). Es handelt sich dabei um Daten, die auf Ihren Gesundheitszustand, die Mitgliedschaft in einer Gewerkschaft oder Partei, die religiöse oder philosophische Überzeugung, die sexuelle Orientierung und die ethnische Herkunft schließen lassen. Für die Verarbeitung dieser Daten bedarf es laut Gesetz einer gesonderten, schriftlichen Einwilligung Ihrerseits, wie sie im beiliegenden Vordruck vorgesehen ist.

Art der Datenverarbeitung und Sicherheitsmaßnahmen

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt für die oben genannten Zwecke händisch oder elektronisch und jedenfalls unter Einhaltung sämtlicher organisatorischer und technischer Sicherheitsmaßnahmen, sodass die Sicherheit und Vertraulichkeit der Daten gewährleistet ist. Wir gewährleisten im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen, dass die Verarbeitung der personenbezogenen und besonderen Daten unter Beachtung der Rechte, Grundfreiheiten und der Würde des Betroffenen, im Besonderen in Bezug auf die Privatsphäre, die persönliche Identität und das Recht auf Schutz der personenbezogenen Daten, vorgenommen wird. Die Verarbeitung erfolgt durch unsere Mitarbeiter, die von den personenbezogenen Daten Kenntnis erlangen, und hierfür explizit beauftragt sowie entsprechend instruiert wurden.

Gemäß den gesetzlichen und statutarischen Vorgaben werden alle Informationen und Daten, betrieblicher und persönlicher Art, in deren Kenntnis wir in Ausübung unserer Tätigkeit gelangen, streng vertraulich behandelt und nur für jene Zwecke verwendet, für die sie zur Verfügung gestellt bzw. weitergegeben wurden.

Aufbewahrungszeit

Ihre Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft sowie darüber hinaus gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten im Sinne der steuerrechtlichen und zivilrechtlichen Vorgaben aufbewahrt. Im Zusammenhang mit der Speicherdauer wird darauf hingewiesen, dass die ordentliche Verjährung gemäß Art. 2946 ZGB zehn Jahre beträgt und entsprechend eine Löschung der Daten frühestens nach Ablauf der Verjährungsfristen erfolgt.

Weitergabe der Daten an Dritte

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten an unsere Dach- und Fachverbände auf regionaler und nationaler Ebene (wie z.B. Raiffeisenverband Südtirol in Bozen, Coopbund in Bozen) sowie an öffentliche Behörden und Institutionen (z.B. Autonome Provinz Bozen, Agentur der Einnahmen, Gesundheitsministerium, usw.) weiter. Auch werden die Daten an Versicherungsinstitute für die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen und Banken und Kreditinstitute weitergegeben.

Für die operativen und die allgemeinen Beratungen im Zusammenhang mit Ihrer Mitgliedschaft nehmen wir die Dienste des Raiffeisenverbandes Südtirol Gen. aus Bozen, Raiffeisenstraße 2, in Anspruch. Dieser wurden hierfür zum Auftragsverarbeiter („responsabile“) ernannt.

Zudem werden Ihre Daten für die operative Abwicklung Ihrer ergänzenden Gesundheitsvorsorge an die wechselseitige Hilfsgesellschaft Cooperazione Salute mit Sitz in Trient weitergegeben, welche zum Auftragsverarbeiter ernannt wurde.

Die von uns beauftragten IT Dienstleister erhalten im Rahmen der Konfiguration und Wartung der Systeme (z.B. ERP-System, Sicherung und Hosting der Daten, Webserver sowie Telefonanlage) Zugriff auf Ihre personenbezogenen Daten und wurden darum zu Auftragsverarbeitern ernannt und sind verpflichtet Ihre Daten vertraulich, gemäß den geltenden Sicherheitsstandards und unter Einhaltung der rechtlichen Vorgaben zu verarbeiten.

Es kann außerdem vorkommen, dass Ihre Daten an ausgewählte Vertragspartner weitergegeben werden, um die Erfüllung eines bestimmten Vertragsgegenstandes zu ermöglichen und um die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung der beanspruchten Produkte zu gewährleisten (z.B. IT-Dienstleister oder Softwarelieferanten). Diese werden ebenfalls zu „Auftragsverarbeitern“ ernannt und sind verpflichtet Ihre Daten vertraulich, gemäß den geltenden Sicherheitsstandards und unter Einhaltung der rechtlichen Vorgaben zu verarbeiten.

Eine Weitergabe der Daten außerhalb der Europäischen Union erfolgt grundsätzlich nicht. Für die Durchführung bestimmter Dienstleistungen kann es vorkommen, dass Ihre Daten in ein Drittland übermittelt werden, für welches ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht oder im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung geeignete oder angemessene Garantien gegeben sind.

Eine Liste der Dritten an welche Ihre personenbezogenen Daten weitergegeben werden, kann jederzeit beim Datenschutzbeauftragten (DPO) oder beim Verantwortlichen angefragt werden.

Rechte des Betroffenen

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihnen als „Betroffener der Datenverarbeitung“ gemäß Datenschutz-Grundverordnung besondere Rechte zuerkannt werden:

- Recht auf Auskunft: Die Art, die Herkunft, die Logik sowie die Zweckbestimmung der Verarbeitung muss Ihnen auf Anfrage bekanntgegeben werden.
- Recht auf Berichtigung: Sofern Ihre Daten nicht/nicht mehr korrekt sind, können diese berichtigt bzw. vervollständigt werden, wenn ein diesbezügliches Interesse besteht. Es steht Ihnen zu, einen entsprechenden Antrag zu stellen.
- Recht auf Löschung: Auf Anfrage können Sie eine Löschung Ihrer personenbezogenen Daten fordern, welcher seitens des Verantwortlichen, vorbehaltlich gesetzlicher/vertraglicher Auflagen, nachgegeben werden muss.
- Recht auf Einschränkung bei gesetzswidriger Verarbeitung: In gewissen Fällen können Sie eine zeitweise Einschränkung der Daten vornehmen lassen.
- Recht auf Datenübertragbarkeit: Auf Anfrage müssen Ihnen Ihre Daten in verständlicher Art und Weise zur Verfügung gestellt bzw. an Dritte übertragen werden;
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung: Die Zustimmung zur Verarbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Für die Ausübung dieser Rechte können Sie sich direkt an die Genossenschaft wenden. Bitte richten Sie etwaige Anfrage schriftlich an den Verantwortlichen der Datenverarbeitung bzw. den Datenschutzbeauftragten (auch „DPO“ genannt), wie nachfolgend genauer beschrieben.

Wir erinnern daran, dass der Betroffene jederzeit eine Beschwerde an die nationale Datenschutzbehörde „Garante per la protezione dei dati personali“ richten kann.

Verantwortlicher der Datenverarbeitung und Datenschutzbeauftragter - „DPO“

Verantwortlicher der Datenverarbeitung ist Mutual Help Wechselseitige Hilfsgesellschaft, Raiffeisenstrasse 2/D, 39100 Bozen, Tel: 0471 974964. Die Genossenschaft sieht die Rolle eines sogenannten Datenschutzbeauftragten, auch „DPO-Data Protection Officer“ genannt, vor. Dieser dient u.a. als Ansprechpartner für Fragen zu den Verarbeitungstätigkeiten von personenbezogenen Daten und die Geltendmachung von Rechten. Zum Datenschutzbeauftragten wurde der Raiffeisenverband Südtirol mit Sitz in Bozen, Raiffeisenstraße 2 ernannt. Dieser ist bei vorgenannter postalischer Adresse oder unter folgender E-Mailadresse: dpo.mutualhelp@raiffeisen.it erreichbar.

Mit freundlichen Grüßen
Mutual Help Wechselseitige Hilfsgesellschaft

Einwilligung zur Verarbeitung und Weitergabe der personenbezogenen Daten im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016

Bezugnehmend auf die Informationsmitteilung im Sinne der Art. 13 und 14 der europäischen Datenschutz-Grundverordnung Nr. 679/2016, bestätige ich hiermit den Erhalt einer Kopie derselben und

- erteile die **Einwilligung zur Verarbeitung der mich betreffenden personenbezogenen Daten** sowie jener meiner Familienangehörigen und stimme einer Weitergabe dieser Daten an die in der Mitteilung angeführten Gesellschaften, Behörden und Körperschaften zu, wobei gilt, dass die Daten nur für Zwecke verarbeitet werden dürfen, die eng mit meinem Mitgliedsverhältnis und mit jenen Verpflichtungen verbunden sind, die Gesetze, Verordnungen, EU- Bestimmungen und Verträge vorsehen;

- erteile die **Einwilligung zur Verarbeitung der mich oder meine Angehörigen betreffenden „besonderen Kategorien von personenbezogenen Daten“ (ehemals „sensible Daten“)**, die Sie bereits erhoben haben oder in Erfüllung der in der Mitteilung angeführten Verpflichtungen noch erheben werden. Die Verarbeitung und Weitergabe dieser Daten ist nur dann gestattet, wenn sie für die Verwaltung meines Mitgliedsverhältnisses unerlässlich ist;

Als Zeichen der ausdrücklichen Zustimmung und Einwilligung.

....., am.....

Vorname, Nachname (Unterschrift)

Fonte dei dati, finalità e base giuridica del trattamento
I Suoi dati personali saranno raccolti presso di Lei e occasionalmente anche presso terzi e saranno trattati per le finalità strettamente connesse alla gestione del rapporto societario, alla gestione dei rapporti mutualistici, alla gestione dei rapporti commerciali e allo svolgimento degli stessi e agli obblighi previsti dalle leggi, dai regolamenti, dalla normativa comunitaria e da contratti. Di conseguenza, i dati saranno trattati per adempiere agli obblighi contrattuali e di legge. Lo stesso vale eventualmente anche per il trattamento dei dati personali relativi ai Suoi familiari (ove necessario anche relativi a minori).
Senza il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati personali non è possibile gestire il rapporto societario e i rapporti mutualistici.

Natura dei dati trattati - categorie di dati

Di norma, ai fini della gestione del rapporto societario e per lo svolgimento dei rapporti commerciali esistenti trattiamo solo dati personali (p.es. dati di contatto, estremi contrattuali come nome, indirizzo, indirizzo E-Mail, data di nascita, codice fiscale, coordinate bancarie, dati sulle qualifiche ottenute, copia della carta d'identità)

In adempimento degli obblighi connessi al rapporto sociale possiamo venire in possesso di dati cosiddetti particolari (già dati sensibili). Trattasi di dati che consentono di risalire al Suo stato di salute, all'appartenenza a organizzazioni sindacali o partiti politici, alle convinzioni religiose o filosofiche, alla vita sessuale o all'orientamento sessuale nonché all'origine etnica. Per il trattamento di tali dati la legge prevede che Lei presti il Suo specifico consenso scritto, nella forma di cui al modulo allegato.

Modalità di trattamento dei dati e misure di sicurezza

I Suoi dati personali vengono trattati per le finalità sopra indicate, manualmente o elettronicamente e, comunque, in conformità a tutte le misure organizzative e tecniche di sicurezza, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati. In conformità alle disposizioni di legge garantiamo che il trattamento dei dati personali e delle categorie particolari di dati si svolge nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla vita privata, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. Il trattamento è affidato ai nostri dipendenti, i quali vengono a conoscenza dei dati personali e sono stati allo scopo esplicitamente incaricati e adeguatamente istruiti.

In ossequio alle previsioni di legge e disposizioni statutarie, tutte le informazioni e tutti i dati di natura aziendale e personale, che giungono a nostra conoscenza nell'esercizio della nostra attività, saranno trattati con la massima riservatezza e solo per le finalità per le quali sono stati forniti ovvero trasferiti.

Periodo di conservazione

I dati personali vengono in genere conservati per la durata del rapporto sociale. Il tempo di conservazione è comunque commisurato all'obbligo legale di conservazione e documentazione dettato dalle disposizioni tributarie e civilistiche. Facciamo a riguardo presente che la prescrizione ordinaria ai sensi dell'art 2946 cc ammonta a dieci anni e che la cancellazione dei dati può avvenire soltanto decorsi i termini di prescrizione.

Trasferimento di dati a terzi

I Suoi dati personali saranno trasferiti alle nostre organizzazioni di categoria sia a livello regionale che a livello nazionale (p.es. Federazione Cooperative Raiffeisen a Bolzano, Coopbund a Bolzano), oltre che a autorità e istituzioni pubbliche (p.es. Provincia Autonoma di Bolzano, Agenzia delle Entrate, Ministero della Sanità ecc.).

Per le consultazioni operative e generali in relazione al rapporto sociale si fa ricorso ai servizi della Federazione Cooperative Raiffeisen Soc.coop., con sede a Bolzano, Via Raiffeisen 2. Questa è stata nominata "Responsabile del trattamento".

Inoltre in oltre i suoi dati personali a Cooperazione Salute Società di Mutuo Soccorso, per la gestione dei fondi sanitari integrativi e dell'assistenza sanitaria. Cooperazione Salute Società di Mutuo Soccorso è stato nominato "Responsabile del trattamento".

Ai fini della gestione e sviluppo dei prodotti, i Suoi dati saranno inoltre trasferiti a fornitori di servizi IT selezionati per consentire e per garantire la configurazione e manutenzione dei sistemi (es. sistemi ERP, Hosting e salvataggi dati, server WEB oltre che Impianti telefonici). Anche questi saranno nominati "Responsabili del trattamento" e sono obbligati a trattare i Suoi dati con riservatezza e nel rispetto delle norme di sicurezza applicabili e delle disposizioni di legge.

I Suoi dati potrebbero inoltre essere trasferiti anche a partner selezionati per consentire il raggiungimento di determinati fini contrattuali e per garantire un costante sviluppo e miglioramento dei prodotti utilizzati. Anche questi saranno nominati "responsabile del trattamento" e sono obbligati a trattare i Suoi dati con riservatezza e nel rispetto delle norme di sicurezza applicabili e delle disposizioni di legge.

I dati non vengono in regola trasferiti a Paesi terzi fuori dall'Unione Europea. Per l'esecuzione di determinati servizi i Suoi dati possono essere eventualmente trasmessi in un paese terzo per il quale sussiste una decisione di adeguatezza della Commissione Europea o vi siano le garanzie appropriate o opportune.

In qualsiasi momento è possibile richiedere un elenco dettagliato dei soggetti terzi ai quali possono essere trasferiti i Suoi dati personali. Tale richiesta va indirizzata al Data Protection Officer (DPO) o al Titolare del trattamento.

Dritti dell'Interessato

La normativa sulla privacy riconosce al cliente alcuni diritti in merito al trattamento dei suoi dati personali.

- Diritto di accesso: su richiesta, Le dovranno essere comunicate la natura, l'origine e la logica, nonché le finalità del trattamento.
- Diritto alla rettifica: ove i dati non siano corretti, Lei ha il diritto di chiedere che siano rettificati o completati.
- Diritto alla cancellazione: Lei può fare richiesta di cancellazione dei Suoi dati personali e il Titolare del trattamento è tenuto a soddisfarla, fatti salvi gli obblighi di legge e contrattuali.
- Diritto di limitazione del trattamento in caso di trattamento illecito: In determinati casi può pretendere la limitazione temporanea del trattamento dei dati.
- Diritto alla portabilità dei dati: Su richiesta i Suoi dati Le devono essere messi a disposizione in maniera intellegibile ovvero trasferiti a terzi.
- Diritto di opposizione al trattamento: il consenso al trattamento può essere revocato in qualsiasi momento.

Per esercitare i suscitati diritti può rivolgersi direttamente alla Mutual Help Società di Mutuo Soccorso. Eventuali richieste vanno indirizzate per iscritto al Titolare del trattamento ovvero al Data Protection Officer ("DPO"), come descritto più dettagliatamente di seguito.

Facciamo presente che l'Interessato può in qualsiasi momento proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

Titolare del trattamento e Data Protection Officer - "DPO"

Titolare del trattamento è Mutual Help Società di Mutuo Soccorso, via Raiffeisen 2/D, 39100 Bolzano, Tel: 0471 974964. La Cooperativa prevede la figura del Responsabile della protezione dei dati, il cosiddetto "DPO - Data Protection Officer". Questo funge, tra l'altro, da interlocutore per le questioni riguardanti il trattamento dei dati personali e l'esercizio dei diritti. Il Data Protection Officer della Cooperativa è la Federazione Cooperative Raiffeisen, Via Raiffeisen 2, 39100 Bolzano, Tel +39 0471 945 111, che può essere contattato al recapito postale qui indicato oppure al seguente indirizzo di posta elettronica: dpo.mutualhelp@raiffeisen.it

Cordiali saluti.
Mutual Help Società di Mutuo Soccorso

Consenso al trattamento e al trasferimento dei dati personali ai sensi del Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

Con riferimento all'informativa ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016, confermo la ricezione di una copia della stessa e

- presto il mio **consenso al trattamento dei dati personali riguardanti me o i miei familiari** e acconsento al loro trasferimento alle società, alle autorità e agli enti di cui all'informativa, fermo restando che i dati potranno essere trattati solo per finalità strettamente connesse al rapporto societario e agli obblighi previsti dalle leggi, dai regolamenti, dalla normativa comunitaria e dai contratti;

- presto il mio **consenso al trattamento delle "categorie particolari di dati personali" (già "dati sensibili") riguardanti me o i miei familiari**, che avete già raccolto o che andrete a raccogliere in ossequio agli obblighi di cui all'informativa. Tali dati possono essere trattati e trasferiti solo a condizione che essi siano indispensabili per la gestione del rapporto societario;

Per esplicita accettazione e consenso

Luogo e data

Nome, cognome (Firma)