



mutua basis assistance

Società di Mutuo Soccorso

Sede Operativa: Via di Santa Cornelia, 9

Formello (RM) cap 00060

www.mbamutua.org info@mbamutua.org

# Sanità Integrativa

Mutua MBA ha riservato dei piani sanitari a disposizione degli Associati  e loro familiari

## Sussidi per tutti

### INTERVENTI

Al centro del progetto sanitario vi è il rimborso delle spese sostenute durante un ricovero, con o senza intervento, compreso Day Hospital e intervento ambulatoriale

### VISITE

Le visite dagli specialisti di settore, saranno rimborsate in base al massimale previsto.

### DIAGNOSTICA

Un massimale a disposizione per le spese sostenute per esami strumentali.

### TICKET

Rimborso fino al 100% delle spese sostenute per il pagamento dei Ticket Sanitari.

**PARTO/DIARIE** Sono compresi un massimale riservato al parto e una diaria sostitutiva in caso di ricovero in ospedale pubblico.



## Single o Nucleo Familiare

### CONSERVAZIONE STAMINALI

Le cellule staminali sono una vera "seconda vita", il più bel regalo per il vostro bambino.

La conservazione delle cellule staminali avviene in Belgio a -160° dove arriveranno entro 48h dal parto e dove saranno conservate per 20 anni.

Prenota una consulenza chiamando il n° verde della Mutua Basis Assistance



## I VANTAGGI DELLA CONVENZIONE CON MUTUA BASIS ASSISTANCE

... La Salute è un dovere (Oscar Wilde)

## MBA

- Mutua Basis Assistance è una società generale di mutuo soccorso "senza scopi di lucro"
- Oltre 300.000 Assistiti
- Network convenzionato 1.560 presidi sanitari e oltre 15.000 medici professionisti specialisti.
- Iscritta all' ANSI (Associazione Nazionale Sanità Integrativa)
- Mutua MBA è sottoposta alla vigilanza del "Ministero dello sviluppo economico"
- Registrata "all'anagrafe dei fondi sanitari" come da disposizione legislativa.

Mutua Basis Assistance  
e' associata ad ANSI  
Associazione Nazionale Sanità Integrativa

## MBA)

Winsalute, è il punto di riferimento di tutti gli Associati.

Basterà chiamare il n° verde per prenotare visite, esami, ricoveri o semplicemente ricevere assistenza sulla comprensione del sussidio o ricerca clinica convenzionata.

Consulta l'elenco delle strutture convenzionate all'indirizzo:

[www.winsalute.it](http://www.winsalute.it)



**Detraibilità fiscale del 19%** (art.15 TUIR)

**Nessuna disdetta dalla Mutua.**

**Nucleo senza distinzione di numero, anche con figli fino a 26 anni di età.**

**Nessun questionario in entrata** (pregresse sempre escluse. Carenze: Infortuni, no carenza. Malattia 30gg. per le improvvise, 180gg per le malattie non note e 300gg per il parto)

**Frazionamento anche trimestrale senza interessi aggiunti.** (primi 3 mesi anticipati)

**Centrale salute dedicata**

Per informazioni rivolgersi al:

- SAB di appartenenza
- Resp.  Roberto Garagiola coord. nazionale esodati e pensionati garagiola.fabih@hotmail.it oppure 342.9433650

### IMPORTANTE

- > LA DECORRENZA DEL PIANO SANITARIO E' ASSOGGETTATA AL RAGGIUNGIMENTO - ENTRO IL 30.11.2015 - DI UN MINIMO DI ADESIONI. Al riguardo MBA provvederà ad inoltrare ad ogni richiedente idonea informativa
- > INDICARE NELL'APPOSITO SPAZIO DELLA DOMANDA DI ADESIONE LA DECORRENZA DESIDERATA: 1° DICEMBRE 2015 OVVERO 1° GENNAIO 2016
- > NUMERO DEDICATO 06.90405348





MUTUA BASIS ASSISTANCE  
 SOCIETA' GENERALE DI MUTUO SOCCORSO - MUTUA BASIS ASSISTANCE  
 Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM) - Cod. Fiscale 97496810587  
 Tel. +39.06.61569774 - [info@mbamutua.org](mailto:info@mbamutua.org)

AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE  
 DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT (1)

RIFERIMENTO MANDATO (2)

Cod. Azienda Sia Cod. assegnato dall'Azienda creditrice al debitore

AW270

Da compilare a cure del Creditore

**DATI IDENTIFICATIVI DEL CREDITORE**

Ragione Sociale:	Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance
Sede Legale:	Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM) - Italia
Codice Identificativo del Creditore:	IT45001000097496810587

**DATI IDENTIFICATIVI DEL DEBITORE (intestatario del conto corrente)**

Cognome e Nome/Ragione Sociale:	
Indirizzo (via, cap, città, provincia):	
Codice fiscale/Partita IVA:	

**Codice IBAN del conto corrente**

Codice Paese	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	Numero di conto corrente (il campo deve contenere 12 caratteri)

Il Sottoscritto Debitore autorizza il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa ed il Prestatore di Servizi di Pagamento (di seguito "PSP") ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore. Il rapporto con il PSP è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con il PSP stesso.  
**Il Debitore ha facoltà di richiedere al PSP il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto stabilito nel suddetto contratto:** eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito. (3)

**DATI IDENTIFICATIVI DEL SOTTOSCRITTORE (4)**  
 (da compilare solo se il sottoscrittore non coincide con il titolare del conto corrente)

Cognome e Nome:	
Codice fiscale/Partita IVA:	

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma del Debitore \_\_\_\_\_

**REVOCA**

Il Debitore revoca l'autorizzazione permanente di addebito in c/cv sopra riportata, relativa agli addebiti diretti RID inviati dall'Azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda creditrice o aggiornate d'iniziativa dell'Azienda stessa.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma del Debitore \_\_\_\_\_

N.B.: I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla banca.

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A: <b>Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance</b> Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM) Tel 06.61569774 - Fax 06.61568364 e al Prestatore di Servizi di Pagamento (PSP) (3)	RISERVATO AL CREDITORE
---	------------------------

**Note**

- 1) La presente autorizzazione permanente di addebito in conto corrente è subordinata all'accettazione dall'Accettatore di Servizi di Pagamento (PSP) del Debitore.
- 2) Il codice di Riferimento Mandato è un codice univoco fornito da Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance al Debitore in fase di sottoscrizione della domanda di adesione.
- 3) A titolo esemplificativo, possono essere PSP le banche, Poste Italiane S.p.A., gli istituti di moneta elettronica e gli istituti di pagamento autorizzati.
- 4) Nel caso di c/c intestato a persona giuridica il sottoscrittore coincide con il soggetto delegato ad operare sul conto. Nel caso di c/c intestato a persona fisica il sottoscrittore coincide con il titolare medesimo ovvero con il soggetto delegato ad operare sullo stesso.

**Mandato di Adesione alla Convenzione stipulata tra Vittoria Assicurazioni S.p.A. e la Contraente (Cassa Assistenza Vittoria) in nome e per conto della FABI (Federazione Autonoma Bancari Italiani Via Tevere, 46 - 00198 Roma)**

**CONTRAENTE**

Denominazione Sociale			
Cassa Assistenza Vittoria - Via Ignazio Gardella, 2 - 20149 Milano			
€		€	
Rata mensile rendita in caso LTC	Data di decorrenza	Importo premio	

**ASSICURATO**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Professione	
Iscritto FABI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Coniuge/ Convivente more uxorio/ Figlio maggiorenne convivente		
Cognome e Nome dell'Iscritto				
Indirizzo		Data di nascita	Stato civile	Sesso
Città	C.A.P.	Provincia		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

**Il premio è pagato anticipatamente e la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di decorrenza. La decorrenza è fissata al primo giorno del mese successivo alla data di sottoscrizione del Mandato di Adesione.**

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

L'Assicurato con la sottoscrizione della presente proposta dichiara di acconsentire esplicitamente, ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile, alla conclusione dell'assicurazione sulla propria persona.

**AVVERTENZA: è di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dell'Assicurato siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni da parte della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari ad ottenere il pagamento della prestazione. A questo proposito si raccomanda la massima precisione nella compilazione del sottostante questionario sanitario.**

L'Assicurato inoltre dichiara:

1) di soffrire o di aver sofferto di una delle affezioni qui sotto indicate :

- **Cardiovascolare:** ictus, insufficienza coronarica, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, malattia valvolare cardiaca, malattia delle arterie.

SI	NO
----	----

- **Neurologiche:** morbo di Parkinson, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, sclerosi a placche, psicosi, ritardo mentale, disturbi della memoria, disturbi dell'equilibrio, paralisi, miopia

SI	NO
----	----

- **Malattie croniche:** diabete, malattie del fegato e cirrosi, insufficienza respiratoria o renale, poliartrite reumatoide, sclerodermia, lupus eritematoso disseminato, periartrite nodosa

SI	NO
----	----

- **Tumore maligno o cancro**

SI	NO
----	----

2) di beneficiare di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare, oppure di aver fatto richiesta per ottenerla.

SI	NO
----	----

3) che gli è stata riconosciuta una pensione di invalidità superiore od uguale al 10%, oppure di averne già fatto richiesta

SI	NO
----	----

4) di essere stato ricoverato almeno 5 giorni consecutivi, negli ultimi 5 anni, per un motivo diverso da colecistectomia delle vie biliari, ernia inguinale, appendicectomia, emorroidectomia o varicectomia

SI	NO
----	----

5) di essersi sottoposto, negli ultimi 5 anni, a terapie di durata superiore a 3 settimane (con farmaci, kinesiterapia, psicoterapia, altri) per affezioni diverse da ipercolesterolemia, malattie della tiroide o menopausa

SI	NO
----	----

6) di doversi sottoporre a breve ad analisi cliniche, ad un trattamento farmacologico, ad un intervento chirurgico o ad essere ricoverato in ospedale

SI	NO
----	----

L'Assicurato \_\_\_\_\_

L'Assicurato, dichiara espressamente di aver ricevuto ed esaminato le condizioni di assicurazione relative alla convenzione stipulata tra la Contraente e Vittoria Assicurazioni S.p.A. Dichiara altresì di aver ricevuto l'informativa resa ai fini del decreto legislativo 196/2003 e consente il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali nei limiti previsti dall'Informativa e dalla normativa vigente.

Luogo e data \_\_\_\_\_

L'Assicurato \_\_\_\_\_

**Avvertenza (ai sensi dell'art.166 del Nuovo Codice delle Assicurazioni).** Leggere attentamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art.1 – Prestazioni; Art.8 – Rischi assicurati ed esclusioni; ed Art.13- Beneficiari.

GARANZIE OSPEDALIERE		BASE 2	
<b>Ricoveri con/senza intervento chirurgico - max annuo</b>		<b>€ 100.000,00</b>	
In Network		al 100%	
Out Network		percentuale di spesa a carico 10%, min. non indennizzabile € 1.000 e max € 3.000 per evento	
Misto		per la parte in network come da "In Network", per la parte out network come da "Out Network" per evento	
Pre ricovero - accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche		90 gg - sub massimale unico per spese pre e post € 1.200 per ricovero SI	
Durante il ricovero - retta di degenza - in/out network - prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento - medicinali ed esami - assistenza medica ed infermeristica - apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento - trattamenti fisioterapici e rieducativi - retta accompagnatore		max € 100/g si si si si si € 50 max 20gg	
Post ricovero - esami diagnostici e visite specialistiche - prestazioni mediche - trattamenti fisioterapici e rieducativi - sub massimale - medicinali (con prescrizione medica) - sub massimale - cure termali (escluse spese alberghiere) - assistenza infermeristica a domicilio (post intervento) e relativo limite		90 gg - sub massimale unico per spese pre e post € 1.200 per ricovero si si € 180 per ricovero € 125 per ricovero si € 26 max 40 gg annui	
Indennità Sostitutiva SSN (escluse pre/post)		€ 120 max 90 gg	
Indennità Integrativa SSN (incluse pre/post)		€ 60 max 45 gg	
<b>Altri Interventi Chirurgici Compresi</b> - Day Hospital/Day Surgery - sub max annuo - Parto Naturale - sub max annuo - Parto Cesareo/Aborto terapeutico - sub max annuo - Interventi Ambulatoriali - sub max annuo - Cellule Staminali - sub max anno dell'agARANZIA "parto"		al 100% (validi limiti e sub limit delle pre/post ove previste) € 4.000- previste spese pre e post € 2.000, no spese pre/post € 2.500, no spese pre/post € 1.500,00- previste spese pre e post € 1.500	
<b>Sottolimiti per alcuni interventi chirurgici - in/out network</b> - Appendicectomia - comprese spese pre e post - Interventi al naso (salvo infortuni documentati) - comprese spese pre e post - Ernie (escluse ernie discalidella colonna vertebrale) - comprese spese pre e post - Colectomia - comprese spese pre e post - Meniscectomia - comprese spese pre e post - Legamenti crociati - comprese spese pre e post		percentuale di spesa a carico 15%, sub massimale annuo € 4.000 per tipologia di intervento SI SI SI SI SI	
<b>GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE</b>			
<b>Alta Diagnostica (*) - Max Annuo</b>		€	3.50
In Network (forma diretta e indiretta)		percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile € 30 per prestazione	
Out Network		percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile € 60 per prestazione	
- Alta Diagnostica per Animale Domestico (rientrante nel Nucleo Familiare)- sub max annuo In Forma indiretta		€	100 al 100%
<b>Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici - Max Annuo</b> - escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.		€	2.00
In Network (forma diretta e indiretta)		percentuale spesa a carico 10% min. non indennizzabile € 30 per prestazione	
Out Network		percentuale spesa a carico 20% min. non indennizzabile € 60 per prestazione	
Ticket Alta diagnostica, Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici (esclusi controlli di routine)		al 100%, sub max annuo € 700	
<b>Cure Odontoiatriche - max annuo</b>		€	15
Percentuale Spesa a carico		20% min. non indennizzabile € 40 per prestazione	
<b>PREVENZIONE</b>			
<b>Pacchetto gravidanza - Max annuo</b>		€ 150	
<b>Rimborso Ticket Check Up prostatico/Mammario - Max annuo</b>		€ 100, quota spesa a carico € 20 per evento	
<b>SOSTEGNO (solo NUCLEO)</b>			
Sostegno economico per perdita anno scolastico (solo post-intervento chirurgico)		€ 1.000,00	
Sussidio ai superstiti in caso di premorienza del socio (solo sussidio Nucleo)		€ 1.000,00	
<b>SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE</b>			
Centrale Salute per Supporto Copertura		SI	
Assistenza h24 7 giorni su 7 (Consulenza medica, invio Ambulanza, invio Medico a domicilio)		SI	
Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)		SI	

età ingresso fino a 75 anni uscita max 81 over 81

<b>Contributo Annuo Sussidio SINGLE</b> Quota Associativa Annua	€ 760,00 + € 15	€ 912,00 + € 15
<b>Contributo Annuo Sussidio NUCLEO</b> Quota Associativa Annua	€ 1.240,00 + € 15	€ 1.690,00 + € 15

GARANZIE OSPEDALIERE	BASE 1
Ricoveri con/senza intervento chirurgico	€ 100.000
- compreso Day Hospital/ Day Surgery - sub max annuo	nei limiti del massimale
- compreso Parto Naturale (°) - sub max annuo	€ 2.600
- compreso Parto Cesareo/Aborto Terapeutico - sub max annuo	€ 5.000
- compreso Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	nei limiti del massimale
- compreso Interventi Chirurgia Refrattiva e Trattamenti con Laser ad eccimeri (°°) - sub max annuo	€ 1.500
In Network (forma diretta) - quota spesa a carico	€ 800 per ricovero
Out Network/misto - percentuale spesa a carico dell'assistito	10% min. non indennizzabile € 1.200 per ricovero
<b>Grandi Interventi Chirurgici (da elenco) - Max annuo elevato a</b>	<b>€ 150.000</b>
In/Out Network	al 100%
<b>DI CUI</b>	
Pre ricovero con/senza intervento (in/out network)	120gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche	SI
Durante il ricovero (in/out network)	
- retta di degenza per GIC	al 100%
- retta di degenza per ricoveri in convenzione diretta	al 100%
- retta di degenza per ricoveri non in totale regie di convenzione diretta	max € 200/g, restante parte rimborsata al 50%
- retta accompagnatore - sub max annuo	€ 55/g max 30gg
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento	SI
- assistenza medica ed infermeristica, cure, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, gl esami post intervento durante il ricovero	SI
- accertamenti diagnostici, onorari medici per prestazioni specialistiche, cure specialistiche durante il ricovero per ricoveri senza intervento	SI
Post ricovero con intervento (in/out network)	120gg
- esami, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche	SI
- prestazioni finalizzate al recupero della salute, quali cure termali (escluse alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi, prestazioni infermieristiche	SI
Post ricovero senza intervento (in/out network)- escluso Day Hospital	120 gg solo per terapie oncologiche
Post ricovero senza intervento (in/out network)- solo per Day Hospital	120gg
Trasporto Sanitario (°°°)-max annuo	€ 1.035 per evento
Rimpatrio salma- Max Annuo	€ 1.550
Indennità Sostitutiva	€ 100/g max 300 gg all'anno
<b>Alta Diagnostica (da elenco) e Visite Specialistiche (*) - max annuo</b>	<b>€ 3.300,00</b>
In/Out Network - percentuale spesa a carico dell'assistito	20% min. non indennizzabile €50 per prestazione
Ticket	al 100%
<b>Protesi ortopediche ed acustiche - max annuo</b>	<b>€ 1.035,00</b>
Lenti e occhiali - max annuo	€ 300, sub max pro-capite € 105
Quota Spesa a carico dell'assistito	€ 25 pe fornitura
<b>Cure dentarie da infortunio - max annuo</b>	<b>€ 1.550,00</b>
Percentuale spesa a carico dell'assistito	20% min. non indennizzabile di € 50 per ciclo di cura
<b>Cure Oncologiche - max annuo</b>	<b>€ 6.000,00</b>
Centrale Salute per Supporto Copertura	SI
Assistenza h24 7 giorni su 7 (Consulenza medica, invio Ambulanza, invio Medico a domicilio)	SI
<b>Contributo Procapite Titolare -Coniuge - Figli</b>	<b>€ 880,00</b>
Quota Associativa annua	€ 15,00

*I massimali indicati si intendono per nucleo, salvo diverse indicazioni. Il massimale di € 100.000 rappresenta il limite massimo di assistenza.*

*L'assistenza è operante fino a 75° anno di età; l'Assistito e/o gli Assistiti che abbiano compiuto il 75° anno di età e che intendano proseguire l'assistenza, dovranno compilare ed inviare – non oltre il termine del mese nel quale hanno compiuto i 75 anni - apposito questionario anamnestico.*

(°) Per il parto fisiologico, non previste pre e post ricovero.

(°°) In caso di ansiometria superiore a quattro diottrie o deficit visivo pari o superiore a sei diottrie per ciascun occhio.

(°°°) Trasporto sanitario all'estero e ritorno, in caso di intervento per l'assistito infermo ed un eventuale accompagnatore.

(\*) previste le seguenti garanzie: onorari medici per vis. spec. con l'esclusione delle visite odontoiatriche ed ortodontiche; analisi ed esami diagnostici (ad esclusione di quelli previsti nell'elenco dell'alta diagnostica).

Vittoria Assicurazioni mette a disposizione dei Clienti tutta l'esperienza e la competenza dei suoi agenti per supportarli nell'analisi dei loro bisogni assicurativi.

Ci contatti, saremo lieti di fornire tutte le informazioni necessarie su questo e sulle altre soluzioni disponibili.

Per affrontare la  
**non autosufficienza**  
con tutta la serenità  
economica necessaria...

**Vittoria**  
**Fianco A Fianco**  
**LTC Collettiva**

Prima della sottoscrizione della polizza leggere  
il Fascicolo Informativo disponibile sul sito  
[vittoriaassicurazioni.com](http://vittoriaassicurazioni.com)

Per informazioni contattare  
**Biver Broker S.r.l.**

Prodotto distribuito da:

 **Vittoria**  
Assicurazioni

 **BIVERBROKER**

Prodotto dedicato a:

 **fabi** FEDERAZIONE AUTONOMA  
BANCARI ITALIANI  
Sindacato Autonomo Bancari di Monza e Brianza

 **Vittoria**  
Assicurazioni



# Assicurazione Monoannuale di gruppo a copertura della perdita dell'autosufficienza

## Prestazioni assicurative e garanzie offerte

L'adesione alla presente tariffa è facoltativa per tutti gli iscritti alla F.A.B.I. - Federazione Autonoma Bancari Italiani, i coniugi/ conviventi more uxorio dell'Isritto ed i figli dell'Isritto, risultanti dallo Stato di famiglia, con età pari o superiore ai 18 anni.

### Prestazione assicurata in caso di non autosufficienza dell'Assicurato

In caso di perdita dell'autosufficienza da parte dell'Assicurato a quest'ultimo viene garantito il pagamento di una rendita mensile finché egli sarà in vita e sempre che permanga tale stato di non autosufficienza.

E' considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di compiere 4 delle seguenti 6 attività elementari della vita quotidiana:

- **lavarsi:** capacità di farsi il bagno o la doccia o di lavarsi in altro modo. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni.
- **vestirsi:** capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo, in modo appropriato dalla testa ai piedi. Inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche; la capacità di allacciarsi le scarpe o infilarsi le calze non è considerata determinante.
- **nutrirsi:** Capacità di mangiare autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo.
- **mobilità:** Capacità di muoversi all'interno della casa su superfici piane. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di muoversi eventualmente con l'aiuto di una stampella, una sedia a rotelle, ecc.
- **continenza:** capacità di controllare le funzioni corporali cioè espletarle mantenendo un sufficiente livello di igiene, senza l'aiuto di una terza persona. Ciò significa che l'Assicurato è in grado di gestire i suoi bisogni in maniera autonoma; questa definizione però non comprende la continenza urinaria totale (una leggera incontinenza urinaria è comune nelle persone anziane).
- **spostarsi:** capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa senza l'aiuto di una terza persona.

E' inoltre coperto lo stato di non autosufficienza derivante dalla perdita delle capacità mentali, dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica, quali il morbo di Alzheimer o forme simili di demenza senile, che si traduce in incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua da parte di una terza persona.

## Premio annuo

Rendita Mensile € 500		Rendita Mensile € 1.000		Rendita Mensile € 1.500	
Età Assicurato	Premio	Età Assicurato	Premio	Età Assicurato	Premio
18 - 25	€ 19,43	18 - 25	€ 28,85	18 - 25	€ 38,28
26 - 30	€ 20,28	26 - 30	€ 30,57	26 - 30	€ 40,85
31 - 35	€ 21,14	31 - 35	€ 32,28	31 - 35	€ 43,43
36 - 40	€ 21,14	36 - 40	€ 32,28	36 - 40	€ 43,43
41 - 45	€ 22,00	41 - 45	€ 34,00	41 - 45	€ 46,00
46 - 50	€ 26,28	46 - 50	€ 42,57	46 - 50	€ 58,85
51 - 55	€ 30,57	51 - 55	€ 51,15	51 - 55	€ 71,72
56 - 60	€ 46,00	56 - 60	€ 82,00	56 - 60	€ 118,00
61 - 65	€ 82,86	61 - 65	€ 155,72	61 - 65	€ 228,57
66 - 70	€ 160,00	66 - 70	€ 310,00	66 - 70	€ 460,00
71 - 75	€ 307,43	71 - 75	€ 604,85	71 - 75	€ 902,28
76 - 80	€ 577,43	76 - 80	€ 1.144,85	76 - 80	€ 1.712,28

## Condizioni per la sottoscrizione

Le condizioni necessarie per l'attivazione della copertura assicurativa a favore del singolo Isritto, sono che:

- alla prima adesione l'età massima assicurativa dell'Isritto/ Coniuge more uxorio/ figlio maggiorenne risultante dallo Stato di famiglia, sia pari o inferiore a 65 anni; dal primo rinnovo detta età assicurativa potrà elevarsi sino ai 79 anni dell'Assicurato. Per età assicurativa si deve intendere l'età espressa in anni compiuti eventualmente aumentata di uno se, al momento dell'adesione, sono trascorsi sei mesi o più dall'ultimo compleanno;
- non sia stata riconosciuta un'invalidità permanente di grado superiore al 50% né sia stata avanzata richiesta di riconoscimento della stessa;
- nella compilazione del Mandato di Adesione abbia sottoscritto il Questionario sanitario, non crocesegnando alcun "SI" nelle Dichiarazioni ivi incluse.

 **Vittoria**  
Assicurazioni