Circolo
UniCredit Banca di Roma

CARDEA
CASSA MUTUA

CONVENZIONE

PER L'EROGAZIONE DI SUSSIDI SANITARI

stipulata tra

CARDEA CASSA MUTUA

Sede Legale: Via Emanuele Gianturco, 8

00196 - Roma (RM)

E

CIRCOLO UNICREDIT BANCA DI ROMA

Sede Legale: Via delle Montagne Rocciose, 47/d

00144 Roma (RM)

NUOVA POLIZZA SANITARIA CASSA MUTUA CARDEA
(riservata ad ex sottoscrittori Polizza Caspie o nuovi sottoscrittori interessati)

Vi comunichiamo che il Circolo ha sottoscritto una polizza nuova polizza sanitaria con durata 4 anni con la CASSA MUTUA CARDEA con decorrenza dal 1/1/2015 e scadenza il 31/12/2018.
Qui di seguito Vi specifichiamo sinteticamente gli importi singoli sussidi:

CONTRIBUTO ANNUO
SUSSIDIO PERSONALE IN QUIESCENZA:
(riservato a sottoscrittori che non abbiamo compiuto 80 anni — € 1.560,00 (titolare + coniuge)
€ 1.360,00 (singolo)

SUSSIDIO PARENTI AFFINI entro il 3^ grado di parentela — € 660.00 pro-capite
SUSSIDIO PERSONALE IN QUIESCENZA GRANDI RISCHI — € 805,00 (singolo)
€ 1.285,00 (titolare + coniuge)

Tali importi verranno addebiti sul conto corrente per i soci in 4 rate
(dicembre 2014, marzo , giugno e settembre 2015)
In allegato Vi rimettiamo le schede tecniche dei 3 disciplinari
scadenza domande di adesione 19/12/2014

LE NOTIZIE INERENTI AI DISCIPLINARI CARDEA 2015/2018
SI POSSONO SCARICARE SUL SITO DEL CIRCOLO WWW.CIRCOLOBDR.IT nella " home page".
Per le iscrizioni alla cassa mutua Cardea del 2015 si dovrà compilare le schede allegate.

NOTA BENE: di seguito elenchiamo le strutture che per l'anno 2015 non saranno più in convenzione in forma diretta (pagamento da parte dell'assistito della sola franchigia), ma solo forma indiretta (pagamento totale della prestazione da parte dell'assistito e successiva richiesta di rimborso):
Rome American Hospital – Quisisana, Villa Stuart, Paideia, Mater Dei, Villa Margherita, Villa Mafalda, European Hospital, Villa Flaminia (Ars Biomedica), Azienda Ospedaliera di Padova, Santa Caterina di Siena (Torino), Pinna Pintor (Torino).

Per fruizione delle prestazioni sanitarie richieste in regime di **ASSISTENZA DIRETTA** compilare e inoltrare il modello di pagamento diretto **CARDEA/WINSALUTE** (almeno 72 ore prima della prestazione) ai seguenti recapiti:

- 800 598 291
- Fax 06 92912534
- Dall'estero +39 06 90198068
- E-mail: pic@winsalute.it

Successivamente chiamare il numero verde 800511311 per conferma dell'inviato
Per quanto concerne le PRESTAZIONI INDIRETTE, vale a dire dove si è fatto ricorso a medici estrutture non convenzionate, l'assistito dovrà inviare fotocopia della prestazione richiesta con prescrizione medica indicante la probabile diagnosi, al seguente indirizzo:
CARDEA VIA SANTA CORNELIA 9 00060 FORMELLO - ROMA
Per ogni eventuale delucidazione e/o chiarimento in merito, potrà essere contattata la sede del nostro Circolo ai seguenti recapiti:

- 06 54243436 Direttore Sig. Domenico Palumbo
- 06 54243440 Sig.ra Alessandra Calzaroni
- 06/54243449/47/70 fax

INDICE

1. SUSSIDIO PERSONALE IN QUIESCENZA
2. SUSSIDIO PERSONALE IN QUIESCENZA GRANDI RISCHI
3. SUSSIDIO PARENTI E AFFINI
4. MODELLO ANAMNESTICO (da compilare per ogni richiesta)
5. MODELLO PAGAMENTO DIRETTO (preattivazione)
6. MODELLO DI RIMBORSO
7. SCHEDA DI ADESIONE

CONVENZIONE [1] [2]

SUSSIDIO: PERSONALE IN QUIESCENZA

GARANZIE OSPEDALIERE	Caratteristiche
Ricoveri con/senza intervento chirurgico	**€ 100.000**
- compreso Day Hospital - sub max annuo	nei limiti del massimale
- compreso Day Surgery - sub max annuo	nei limiti del massimale
- compreso Interventi Ambulatoriali - sub max annuo	€ 1.000
Grandi Interventi Chirurgici [a] da elenco - Max annuo elevato a	**€ 200.000**
Caratteristiche del rimborso	
a. Grandi Interventi Chirurgici	
In Network - percentuale spesa a carico dell'assistito	10%
Out Network/misto - percentuale spesa a carico dell'assistito	20% min. non indennizzabile € 2.000
b. Ricovero con intervento plafonato (elenco interventi plafonati [b])	
In Network - percentuale spesa a carico dell'assistito	10% min. non indennizzabile € 1.000
Out Network/misto - percentuale spesa a carico dell'assistito	20% min. non indennizzabile € 2.000 *con massimo annuo rimborsabile da elenco*
c. Day Hospital, Day Surgery ed Intervento Ambulatoriale	
In Network - percentuale spesa a carico dell'assistito	10%
Out Network/misto - percentuale spesa a carico dell'assistito	20%
d. Altri Interventi Plafonati con sub massimale (da elenco [d])	
In Network/Out Network/Misto	percentuale spesa a carico 15%, sub massimale annuo € 4.000 per intervento
e. Ricoveri con/senza intervento chirurgico (diversi dal a., b., c. e d.)	
In Network - percentuale spesa a carico dell'assistito	10% min. non indennizzabile € 1.000
Out Network/misto - percentuale spesa a carico dell'assistito	20% min. non indennizzabile € 2.000 *massimo annuo rimborsabile € 8.000 per ricovero*
DI CUI	
Pre ricovero (in/out network)	120gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche - sub max annuo	€ 600
Durante il ricovero (in/out network)	
- retta di degenza	max € 400 al giorno in network max € 150 al giorno out network
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento	SI
- medicinali ed esami	SI
- assistenza medica ed infermeristica	SI
- apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento	SI
- trattamenti fisioterapici e rieducativi	SI
Post ricovero (in/out network)	120gg
-esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici - sub max annuo	€ 600
- esami, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi - sub max annuo	€ 2.000,00
Trasporto Sanitario (°)- Max annuo	€ 1500, valido dai 90 giorni pre ai 90 giorni post intervento
Rimpatrio salma- Max Annuo	€ 1.500
Indennità Sostitutiva	€ 80 primi 30 gg; € 100 dal 31-esimo fino ad un max 100 gg

GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Alta Diagnostica (**) - Max Annuo	**€**	**5.000,00**
In Network (°°)		quota spesa a carico € 120 per prestazione
Visite Specialistiche ed accertamenti diagnostici - Max Annuo	**€**	**1.000,00**
- escluse dalle garanzie previste, le visite con finalità dietologiche nonché le visite e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.		
In Network (°°)		quota spesa a carico € 80 per prestazione
Cure Oncologiche - Max Annuo	**€**	**3.000,00**
In e out Network		100%
Cure dentarie da Infortunio (°°°) - Max annuo	**€**	**1.500**
Lenti e occhiali		
Max Annuo Formula Single	**€**	**150,00**
Max Annuo Formula Nucleo		**€ 250, sub max pro-capite € 150**
Percentuale Spesa a carico		perc. spesa a carico 20%, min. non indennizzabile € 50
Ticket - Max annuo		**€ 500 al 100%**
SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE		
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

Contributo SINGLE	**€**	**1.360,00**
Contributo COPPIA	**€**	**1.560,00**

(1) ***I massimali indicati si intendono per nucleo, salvo diverse indicazioni***

(2) ***Compilazione obbligatoria del questionario anamnestico alla sottoscrizione del sussidio.***

(°) *Trasporto dell'Associato con ambulanza o altro mezzo attrezzato al trasporto sanitario fino al luogo di degenza,*
(°°) *Prestazione valida solo in network.*
(°°°) *Infortunio certificato da pronto soccorso*
(°°°°) *Prestazione estesa fino ai parenti di primo grado*

(**) Alta Diagnostica	***sub massimale annuo***
• Angiografia • Angiografia digitale • Arteriografia digitale • Flebografia	**€ 500 l'anno (°°°)**
• Artrografia	
• Broncografia	
• Broncoscopia	
• Cistografia	
• Cobaltoterapia	
• Colonscopia • Gastroscopia • Rettoscopia • EGDS (esofago scopia + gastroscopia + duodenoscopia)	**€ 250 l'anno (°°°)**
• Coronarografia	
• Dialisi	
• Diagnostica radiologica	
• **Ecocardiografia**	
• **Ecocardiogramma**	
• **Ecocolordoppler (doppler, ecodoppler e colordoppler)**	
• **Elettrocardiografia**	
• Elettroencefalografia	
• Mielografia	
• Radionefrogramma	
• Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) • Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)	**€ 350 l'anno (°°°)**
• Urografia	
• Scintigrafia	**€ 300 l'anno**

(°°°) Sub massimale annuo rimborsabile da intendersi valido per l'insieme della garanzie a cui fa riferimento.

(a) Grandi Interventi Chirurgici

Cardiochirurgia

• Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione
• Sostituzione valvolare multipla
• Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
• Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore)
• Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi
• Asportazione corpi estranei o tumori del cuore

Chirurgia Vascolare

• Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aortobisiliaco o bifemorale
• Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache
• Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca

Neurochirurgia

• Anastomosi dei vasi intra-extra cranici
• Asportazione di tumori o aneurismi endocranici
• Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
• Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni
• meningomidollari
• Interventi per tumori della base cranica per via transorale
• Interventi sulla cerniera atlo-occipitale
• Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
• Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi
• Rizotomia chirurgica intracranica
• Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari

Chirurgia Toracica

• Lobectomia polmonare o resezione segmentaria
• Resezione bronchiale con reimpianto
• Interventi sul mediastino per tumori
• Asportazione totale del timo
• Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
• Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.

Chirurgia Generale

• Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo
• Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
• Pancreaticoduodenectomia radicale
• Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
• Colectomia totale con linfoadenectomia
• Esofagectomia totale
• Gastrectomia totale con linfoadenectomia
• Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica
• Amputazione del retto per via addomino-perineale o addo mino-sacrale

Chirurgia Ginecologica

• Eviscerazione pelvica
• Vulvectomia allargata con linfoadenectomia
• Isterectomia totale con annessiectomia e linfoadenectomia per tumori maligni

Chirurgia Ortopedica

• Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

· Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni
· Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni
· Laringectomia totale, laringofaringectomia
· Intervento per neurinoma dell'ottavo paio

Chirurgia Urologica

· Nefrectomia allargata per tumore
· Nefro-ureterectomia totale
· Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia
· Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale
· Surrenalectomia

(b) Interventi Plafonati

- Intervento di legatura e striping delle vene € 3.500,00
- Intervento di settoplastica funzionale € 3.500,00
- Intervento di riduzione e sintesi delle fratture € 8.000,00
- Intervento di rimozione mezzi di sintesi € 3.000,00
- Intervento di tonsillectomia/adenotonsillectomia € 3.000,00
- Intervento per laparoceli della parete addominale € 4.000,00
- Intervento di emorroidectomia e/o asportazione di ragadi e/o di fistole e/o prolasso rettale € 4.500,00
- Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento mata tarofalangeo,dito a martello, alluce rigido € 4.000,00
- Isteroscopia operativa € 4.500,00
- Intervento sulla cuffia dei rotatori € 7.500,00
- Intervento di asportazione delle cisti ovariche € 8.000,00
- Intervento di tiroidectomia (esclusa radicale per neoplasia maligna) € 10.000,00
- Intervento per ernia del discoe/o stabilizzatore vertebrale € 12.000,00
- Artrodesi vertebrale € 13.000,00
- Interventi sulla prostata € 10.000,00
- Adenoma prostatico € 10.000,00
- Adenocarcinoma prostatico € 15.000,00
- Interventi di isterectomia (compresa eventuale annesiecto mia) € 15.000 (annesiectomia)
- Intervento per artropreotesi anca € 20.000,00
- Asportazione di neoformazioni cutanee (cisti i genere, lipomi e nevi) € 1.500,00
- Intervento per artropreotesi ginocchio € 15.000,00
- Intervento per tunnel carpale, morbo di Dupuytren, singrome di Guyon) € 2.500,00
- Intervento di cataratta € 2.500,00
- Intervento di asportazione cisti,e noduli benigni del seno (no sulectomie) € 2.500,00
- Intervento sui seni paranasali, frontali, mascellari e/o FESS € 3.500,00

(d-c) Sottolimiti e condizioni per alcuni interventi chirurgici (in e out network)

- Appendicectomia
- Interventi al naso (salvo infortuni documentati)
- Ernie (escluse ernie discali della colonna vertebrale)
- Colecistectomia
- Interventi al ginocchio di qualsivoglia natura (salvo infortuni documentati)
- Meniscectomia
- Legamenti crociati

percentuale spesa a carico
15%, sub massimale annuo
€ 4.000 per intervento

Non previsti in copertura i seguenti interventi:

- Parto Naturale
- Parto Cesareo
- Aborto terapeutico
- Chirurgia Refrattiva

CONVENZIONE [1] [2]	SUSSIDIO: PERSONALE IN QUIESCENZA GRANDI RISCHI
GARANZIE OSPEDALIERE	**Caratteristiche**
GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (°)	**€ 100.000**
In Network - percentuale spesa a carico dell'assistito	10% min. non indennizzabile € 750 e max € 2.750 per ricovero
Out Network/misto - percentuale spesa a carico dell'assistito	20% min. non indennizzabile € 1.250 e max € 2.750 per ricovero
DI CUI	
Pre ricovero (in/out network) (°°)	60gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche	SI
Durante il ricovero (in/out network)	
- retta di degenza	illimitata in network max € 260 al giorno out network
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento	SI
- medicinali ed esami	SI
- assistenza medica ed infermeristica	SI
- protesi ed endoprotesi applicati durante l'intervento	SI
- retta accompagnatore	max € 110/g per max 30gg
- trattamenti fisioterapici e rieducativi	SI
Post ricovero (in/out network)	*60gg*
-esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici	SI
- esami, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali	SI
Trasporto Sanitario (°°°) - max annuo	€ 2.100 per evento
Indennità Sostitutiva	€ 80 per i primi 30 gg, € 100 dal 31simo giorno max 300gg
Rimpatrio Salma - max annuo	€ 1.550,00
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE	
Ticket Cure Oncologiche - Max annuo	**€ 300**
SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE	
Centrale Salute per Supporto Copertura	SI
Assistenza h24 7 giorni su 7 (Consulenza medica, invio Ambulanza, invio Medico a domicilio)	SI

Contributo SINGLE	**€**	**805,00**
Contributo COPPIA	**€**	**1.285,00**

[1] ***I massimali indicati si intendono per nucleo, salvo diverse indicazioni***

[1] ***Compilazione obbligatoria del questionario anamnestico alla sottoscrizione del sussidio.***

(°) *Compresi interventi chirurgici di rivascolarizzazionedelle arterie coronariche*

(°°) *Spese pre e post intervento senza applicazione dello scoperto pur se effettuate non usufruendo delle rete convenzionata*

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

(°) ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

STOMACO-DUODENO

- Resezione gastrica da neoplasie maligne.
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anasto motica.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.

INTESTINO

- Colectomia totale.
- Resezione ileo-cecale con linfoadenectomia.

RETTO-ANO

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo.
- Idem per via addomino perineale: in più tempi.
- Resezione anteriore retto-colica.

ERNIE

- Intervento iatale con tundoplicatio.

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Papillotomia per via trans-duodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Deconnessione azygos-portale per via addominale.

PANCREAS-MILZA

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudo-cisti:
- enucleazione delle cisti
- marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi sul pancreas:

a) totale o della testa

b) della coda.

- Anastomosi porta-cava, spleno renale, mesenterico-cava.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per
- correzione di altre condizioni patologiche.
- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta.
- Operazione per encefalo-meningocele.
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari.
- Interventi per epilessia focale.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordoto mie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi.
- Emisferectomia.
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica.

SIMPATICO E VAGO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splacnici.
- Surrenelectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale.

CHIRURGIA VASALE

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache.
- Interventi sulla aorta e sui grossi vasi arteriosi.

CRANIO

(Vedi anche Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.

FACCIA E BOCCA

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavi mento orale con svuotamento della loggia sottomascellare.
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne.
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della paro tide con preparazione del nervo facciale.
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Timectomia per via cervicale.
- Resezione dell'esofago cervicale.

TORACE

- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumonectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee.
- Pleuropneumonectomia.
- Toracectomia ampia.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Timectomia per via toracica.
- Toracoplastica totale.

CHIRURGIA TORACICA

- Pericardiectomia parziale o totale.
- Sutura del cuore per ferite.
- Interventi per corpi estranei al cuore.
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi.
- Derivazioni aorto-polmonari - Correzione di coartazione aortica.
- Interventi per fistole artero-venose del polmone.
- Legatura e resezione del dotto di Botallo.
- Operazione per embolia della arteria polmonare.
- Interventi a cuore aperto.
- Bypass aorto-coronarico.
- Commissurotomia (per stenosi mitralica).

ESOFAGO

(Vedi anche otorinolaringoiatria).

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago.
- Idem per tumori: resezioni parziali basse - alte - totali.
- Esofagoplastica.
- Reintervento per megaesofago.

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enteroge nea e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresiacongenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro. 12
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: rese zione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:

a) resezione con reimpianto

b) resezione con sostituzione di ansa intestinale.

- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ARTICOLAZIONI

- Disarticolazione interscapolo toracica.
- Emipelvectomia.
- Artoplastica delle grandi articolazioni.

UROLOGIA

- Interventi per fistola vescico-rettale.
- Estrofia della vescica e derivazione.
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi (o colon).
- Nefrotomia bivalve in ipotermia.
- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Surrenelectomia.

APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomia.

GINECOLOGIA

- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno.

OTORINOLARINGOIATRIA

Naso

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Laringe

- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

Oculistica

- Iridocicloterazione da glaucoma.

Orecchio

- Antro-atticotomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

Tutti.

CONVENZIONE [1]

SUSSIDIO: PARENTI E AFFINI

GARANZIE OSPEDALIERE		**Caratteristiche**
Ricoveri con/senza intervento chirurgico		**€ 120.000**
- compreso Parto cesareo/Aborto terapeutico-sub max annuo		***€ 5.000***
- compreso Parto Naturale (°) - sub max annuo		***€ 2.600***
- compreso Day Hospital - sub max annuo		*nei limiti del massimale*
- compreso Day Surgery - sub max annuo		*nei limiti del massimale*
- compreso Interventi Ambulatoriali - sub max annuo		*nei limiti del massimale*
In Network - percentuale spesa a carico dell'assistito	10% min. non indennizzabile € 1.000 per ricovero	
Out Network/misto - percentuale spesa a carico dell'assistito	20% min. non indennizzabile € 1.500 per ricovero	
DI CUI		
Pre ricovero (in/out network)- ricovero con intervento		30gg
Pre ricovero (in/out network)- ricovero senza intervento		90gg
- accertamenti diagnostici compresi onorari medici e visite specialistiche		SI
Durante il ricovero (in/out network)		
- retta di degenza		illimitata in network max € 250 al giorno out network
- prestazioni del chirurgo, degli assistenti, dell'anestesista, nonché diritti di sala operatoria, materiale di intervento		SI
- medicinali ed esami		SI
- assistenza medica ed infermeristica		SI
- protesi ed endoprotesi applicati durante l'intervento		SI
- trattamenti fisioterapici e rieducativi		SI
Post ricovero (in/out network) - ricovero con intervento		*90gg*
-esami di laboratorio ed accertamenti diagnostici, compresi gli onorari dei medici		SI
- esami, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali		SI
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		
Protesi Ortopediche - Max Annuo	**€**	**1.035**
Cure dentarie da Infortunio (°°) - Max annuo	**€**	**1.500**
SERVIZI E ASSISTENZA I DI CENTRALE SALUTE		
Centrale Salute per Supporto Copertura		SI
Conservazione cellule staminali (tariffe agevolate)		SI

Contributo SINGLE	**€**	**660,00**

[1] ***Compilazione obbligatoria del questionario anamnestico alla sottoscrizione del sussidio.***

(°) *Per il parto fisiologico, non previste pre e post ricovero e retta di degenza*

(°°) *Infortunio certificato da pronto soccorso*

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Spettabile
Cassa Mutua Cardea
Via Emanuele Gianturco, 6 – 00196 – Roma

Spettabile Cassa Mutua Cardea,
con la presente il sottoscritto fa richiesta alla Cassa Mutua Cardea di valutazione del proprio Questionario Anamnestico, al fine di sottoscrivere il Sussidio prescelto.

Sezione A – Dati identificativi dell'Assistito

Nome e Cognome: _____ Codice Fiscale_____

Nato a _____ il _____Sussidio Prescelto: _____

Sezione B – Notizie sui precedenti dell'Associando

1. Le è mai stata riconosciuta da Società di assicurazione una invalidità permanente o una inabilità temporanea? Sulla base della polizza infortuni A titolo di responsabilità civile	NO□SI□	Quando è perché _____ _____ _____
2. Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?	NO□SI□	□ per infortuni sul lavoro □ per malattie professionali □altro
3. Gode della qualifica di invalido civile?	NO□SI□	Specificare: (percentuali di invalidità, anno, infermità, ente erogatore):_____ _____
4. Ha in corso altre polizze per assicurazioni malattia, infortunio o vita? Con quale Società di assicurazione?	NO□SI□	_____ _____ _____
5. Ne ha avute precedentemente? Con quale Società? Per quale motivo sono state annullate?	NO□SI□	_____ _____ _____

Sezione C – Notizie generali sullo stato di salute dell'Associando

1. Soffre o ha sofferto in passato di malattie, infortuni o traumi che abbiano comportato un ricovero ospedaliero (con o senza intervento chirurgico)? a. Se si, quali e quando?	NO□SI□	_____ _____
2. Assume farmaci a scopo terapeutico in modo continuativo? a. Se si quale/i e per quale motivo?	NO□SI□	_____ _____ _____

Sezione D.1 – Notizie dettagliate sullo stato di salute dell'Associando

1. E' stato sottoposto a Radioterapia o Chemioterapia?	NO□SI□	Specificare: (anno, tipo, durata, motivo): _____ _____
2. E' stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/ o terapie a base di emoderivati?	NO□SI□	Specificare :(tipo ,quando , motivo): _____ _____
3. Ha mai fatto uso di stupefacenti?	NO□SI□	Quanto e da quando _____ _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

4. Ha praticato negli ultimi 5 anni esami e/o accertamenti diagnostici?		Quando _____ Perché _____ Referto _____
- Elettrocardiogramma	NO□SI□	
- Radiografie –TAC-RMN	NO□SI□	
- Elettroencefalogramma	NO□SI□	
- Esami del sangue	NO□SI□	
- Anti – HIV	NO□SI□	
- HCV	NO□SI□	
- HBsAG (Epatite)	NO□SI□	
- Esami urine	NO□SI□	
- Altri	NO□SI□	
5. Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali congenite od acquisite ?	NO□SI□	Quali, da quando e di che grado della vista: miopia _____ astigmatismo _____ altri _____ dell'udito _____ degli arti _____ altri apparati_____
6. Soffre o ha sofferto di patologie ai genitali o alle mammelle?	NO□SI□	Quali? _____ _____

Sezione D.2 – Ulteriori notizie sullo stato di salute dell'Associando

1. Sussistono patologie pregresse?	NO□SI□	Precisare per ogni malattia natura, anno di insorgenza e durata: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
2. Ha in programma nel prossimo futuro esami diagnostici?	NO□SI□	Quali? _____

L'Associando dichiara ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte a tutte le domande del presente questionario sono veritiere e che non ha taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso. L'Associando inoltre:

- Riconosce che le notizie ed i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte di Cassa Mutua Cardea;
- Proscioglie dal segreto professionale medici ed Enti che possono o potranno averlo curato e le altre persone alle quali Cassa Mutua Cardea ritenesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni;
- Si impegna altresì a fornire, a richiesta di Cassa Mutua Cardea o da chi per essa, ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie ad una corretta valutazione del rischio.

FIRMA

_____, li _____ _____

La sottoscrizione del presente questionario non impegna Cassa Mutua Cardea all'emissione del Sussidio ed alla prestazione della garanzia. L'eventuale copertura sarà operante solo dopo la sottoscrizione del contratto con Cassa Mutua Cardea, alla delibera del Cda della Cassa Mutua Cardea e al pagamento del contributo corrispondente.

MODULO PAGAMENTO DIRETTO (Richiesta di Presa in Carico)

Da inoltrare a:

Winsalute - Via di Santa Cornelia, 9 -00060 Formello (RM)

FAX : +39.06.92912534 - n. verde: 800 598 291 (dall'estero +39.06.90198068) o E-MAIL : pic@winsalute.it

A. *Dati identificativi (compilazione obbligatoria)*

Assistito (titolare del programma) _____Data Nascita_____

Cod. Fiscale _____ Tel. _____

Membro del nucleo famigliare(chi usufruisce delle prestazioni)_____Data Nascita_____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

Azienda associata a ___CARDEA CASSA MUTUA_____

Ente di appartenenza _____

B. *Dati relativi alle Spese Mediche di cui si richiede il Pagamento Diretto*

Patologia/Diagnosi (**come da certificato medico allegato**) _____

Data Prevista di ingresso ____/_____/_____ Struttura Convenzionata prescelta _____

Nominativo del Medico : _____ Convenzionato : si ☐ no ☐

Tipo di ricovero: (specificare con/senza intervento, DH, DS, Interv. Amb.) _____

Tipo di prestazione : (in caso di extraospedaliere e/o dentarie) _____

Documentazione allegata _____

Il sottoscritto , coerentemente con le condizioni contrattuali definite dal Programma di Assistenza Sanitaria di riferimento:

- E' a conoscenza che non sono coperte le prestazioni espressamente escluse dal Programma di Assistenza Sanitaria;
- Autorizza l'Ente di appartenenza a pagare in nome e per conto del sottoscritto le prestazioni oggetto della procedura di pagamento diretto alla Struttura e/o professionista medico;
- Si impegna a pagare alla Struttura Sanitaria tutte le prestazioni non contemplate nel Programma di Assistenza Sanitaria e ogni altra spesa rimasta a mio carico secondo le condizioni del Programma di Assistenza Sanitaria (eccedenti gli eventuali massimali, scoperti ecc.) e tutte le altre prestazioni non oggetto della presente richiesta autorizzate dalla Centrale Salute alla Struttura sanitaria.

C. *Dati dell'Assistito/Membro del nucleo famigliare*

Indirizzo _____ n° ___ CAP _____ Città _____

Provincia _____ E-mail _____ Cell. _____

(per eventuali comunicazioni sulla richiesta)

D. *Consenso al Trattamento dei Dati Sensibili*

Ricevuta l'informativa ai sensi del d.lgs. del 30/06/2003 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e dei rimborsi previsti dal Programma di Assistenza Sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente a: l'Ente di appartenenza, Cardea Cassa Mutua,Winsalute S.r.l., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data _____

Firma dell'Assistito/Membro del nucleo familiare _____

MODULO DI RIMBORSO SPESE MEDICHE

Da inoltrare a:

Winsalute - Via di Santa Cornelia, 9 -00060 Formello (RM)

FAX : +39.06.92912534 - n. verde: 800 598 291 (dall'estero +39.06.90198068) o E-MAIL : info@winsalute.it

A. *Dati identificativi (compilazione obbligatoria)*

Assistito (titolare del programma) _____ Data Nascita_____

Cod. Fiscale _____ Tel. _____

Membro del nucleo famigliare (chi usufruisce delle prestazioni)_____Data Nascita_____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

Azienda associata a ___CARDEA CASSA MUTUA_____

B. *Dati relativi alle Spese Mediche di cui si richiede il Rimborso*

Patologia/Diagnosi (**come da certificato medico allegato**) _____

In caso di Ricovero, barrare la casella □ e indicare la degenza dal ____/_____/_____ al ____/____/_____

L'Assistito/Membro del nucleo famigliare (barrare la voce non corrispondente), avendo preso visione delle norme che regolamentano il Programma di Assistenza Sanitaria sottoscritto dall'Assistito, con il presente documento fa richiesta di rimborso delle seguenti fatture/notule (si prega di precisare se si tratta di ticket sanitari indicando la parola 'TK' o fatture indicando la parola 'FT' accanto al numero FT/TK):

NUMERO FT/TK	DATA	IMPORTO

NUMERO FT/TK	DATA	IMPORTO

C. *Dati bancari per il Rimborso*

IBAN dell'Assistito (titolare del programma) Banca _____

| I | T |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Paese Cin Euro Cin Abi Cab N° Conto

Intestazione conto corrente: _____

D. *Dati dell'Assistito/Membro del nucleo famigliare (compilazione obbligatoria)*

Indirizzo _____ n° ___ CAP _____ Città _____

Provincia _____ E-mail (**per eventuali comunicazioni sul rimborso**) _____

E. *Informazioni Importanti*

1. Compilare un modulo per ogni persona e per ogni evento;
2. per fatture/notule non relative a ricovero allegare sempre copia certificato medico con la diagnosi di patologia presunta o accertata; copia delle fatture o notule e copia dei relativi referti;
3. per richiedere il rimborso di spese sostenute durante il periodo pre o post ricovero indicare nell'apposito campo il relativo periodo di ricovero e, in caso di ricovero in struttura convenzionata, è necessario allegare copia del relativo "Modulo di richiesta Pagamento Diretto";
4. per richiedere il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di medicinali durante il periodo post ricovero inviare la prescrizione medica indicante la patologia e lo scontrino parlante emesso dalla farmacia;
5. é obbligatorio indicare il codice fiscale dell'Assistito (titolare del programma) e le coordinate bancarie in formato IBAN.

Luogo e data **Firma dell'Assistito/Membro del nucleo familiare**

_____ _____

F. *Consenso al Trattamento dei Dati Sensibili*

Ricevuta l'informativa ai sensi del d.lgs. del 30/06/2003 n°196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e dei rimborsi previsti dal Programma di Assistenza Sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente a: l' Ente di appartenenza, Cardea Cassa Mutua, Winsalute S.r.l., Strutture Sanitarie, Medici Professionisti e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data **Firma dell'Assistito/Membro del nucleo familiare**

_____ _____

CARDEA
CASSA MUTUA

Spett.le CARDEA CASSA MUTUA

Da inviare a:
Circolo UniCredit Banca di Roma Soc. Coop. a r.l.
Via delle Montagne Rocciose 47/d - 00144 Roma
Posta Interna: Circolo Banca di Roma A02
E_mail: cardea@circolobdr.it
Fax 06.54243449 - 70

Convenzione

CIRCOLO UNICREDIT BANCA DI ROMA

Dati del richiedente

* Cognome	* Nome	Sesso ☐M ☐F

* Luogo di nascita	Prov.	* Data di nascita ___/___/___	Nazionalità	* Codice Fiscale

* Indirizzo di residenza	* CAP	* Località/Frazione	* Prov.

* Telefono	* Cellulare	* E-mail a cui saranno inviate tutte le comunicazioni

Codice IBAN dell'assistito per rimborso spese mediche
IT |__|__| |__|__| |__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Sussidio: PERSONALE IN QUIESCENZA

- ☐ Pensionato
- ☐ Pensionato + coniuge convivente
- ☐ Parenti/affini (ogni altro familiare)

Sussidio: PERSONALE IN QUIESCENZA GRANDI RISCHI

- ☐ Pensionato
- ☐ Pensionato + coniuge convivente
- ☐ Parenti/affini (ogni altro familiare)

Familiari da garantire

Cognome	Nome	A carico	Convivente	Data di nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale
				___/___/___			
				___/___/___			
				___/___/___			
				___/___/___			
				___/___/___			
				___/___/___			

SOCI: l'intero importo verrà addebitato in 4 rate (dicembre/marzo/giugno/settembre).

NON SOCI: L' intero importo maggiorato di € 40,00 per rimborso spese istruttoria ed invio pratica dovrà essere corrisposto o a mezzo assegno intestato a "Circolo Unicredit Banca di Roma soc. Coop. A r.l." o con bonifico bancario intestato al Circolo UniCredit Banca di Roma agenzia UniCredit Roma Semeria. IBAN IT41Z0200805239000400808578.

Data _____ **Il richiedente** _____

N.B. I campi contrassegnati con l'asterisco (*) sono obbligatori. La loro omessa compilazione può comportare il mancato perfezionamento del rapporto associativo.

INFORMATIVA PRIVACY

AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. N. 196 DEL 30/06/2003 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 – "Codice della Privacy" in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti e delle informazioni che La riguardano, sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

1. I dati personali da Lei forniti verranno trattati per:
(a) **finalità istituzionali**, quali la gestione della domanda di adesione, nonchè i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualifica di Socio Aderente, a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento di Cardea Cassa Mutua;
(b) **finalità gestionali**, quali attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), per l'invio di materiale, informativo, pubblicitario e promozionale dell'attività svolta dalla Cardea Cassa Mutua e di organismi convenzionati (invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato, elaborazione di studi e di ricerche di mercato, etc.).
2. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" e come tali idonei a rivelare lo stato di salute. Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dalla normativa vigente, ha le seguenti finalità valutare le richieste di rimborso spese presentate dall'Associato e provvedere al relativo rimborso, come previsto dal Sussidio Sanitario prescelto, autorizzare l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta, mediante l'accesso alla rete Convenzionata con Cardea Cassa Mutua e/o con Winsalute S.r.l (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitarie, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti la richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall'Associato o la richiesta di erogazione di prestazioni in forma diretta).
3. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti **modalità**: in relazione alle summenzionate finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti cartacei, informatici, telematici o altri sistemi di telecomunicazione in modo da garantirLe la sicurezza e la riservatezza dei dati, nonché la piena osservanza della Legge. La presente informativa è resa per i dati forniti direttamente dall'interessato, o raccolti presso terzi o presso pubblici registri, elenchi, atti o documenti, conoscibili nei limiti stabiliti dalle norme sulla loro conoscibilità.
Per i dati di natura sensibile (idonei a rilevare lo stato di salute) il trattamento avverrà nei limiti e con le modalità previste all'Autorizzazione Generale del Garante.
4. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai sensi delle vigenti norme, dello Statuto e del Regolamento della Cardea Cassa Mutua per porre in essere il rapporto associativo e consentire la gestione del rapporto medesimo. Il mancato conferimento di dati ed autorizzazione al trattamento può comportare l'impossibilità di garantire le prestazioni oggetto del rapporto associativo.
5. I dati da Lei conferiti non saranno in alcun modo diffusi, salvo i casi indicati ai successivi punti 6 e 7.
6. I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati, per le finalità indicate ai punti 1 e 2, ai seguenti soggetti:
- soggetti ai quali la Cardea Cassa Mutua può affidare l'espletamento di attività strumentali e connesse al perfezionamento e alla gestione del rapporto associativo, quali Istituti bancari, ANSI, Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance e altre Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Enti di formazione, Tipolitografie e Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo della Cardea Cassa Mutua o di altri organismi convenzionati o enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte;
- Società terze alle quali la Cardea Cassa Mutua può affidare il servizio di gestione delle richieste di rimborso delle spese mediche o la gestione di ulteriori servizi garantiti ai propri Associati;
- nonché altri soggetti in ottemperanza di disposizioni di legge.

I dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per finalità statistica. Possono, altresì, venire a conoscenza dei suoi dati, in qualità di "responsabili" o "incaricati", le persone fisiche quali i dipendenti, i collaboratori, i consulenti, di Cardea Cassa Mutua o di Società esterne, comunque riconducibili ai soggetti di cui all'elenco su indicato, e che siano coinvolti da Cardea Cassa Mutua nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici).
7. I dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non agli incaricati del trattamento della Cardea Cassa Mutua. Potranno venirne a eventuale conoscenza gli Istituti Tesorieri e loro incaricati per le sole operazioni relative ad invio degli assegni o accredito di importi relativi ai rimborsi dovuti o le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio dell'autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta.
8. In ogni momento, ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003, è Suo diritto:
- ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali, nonché ricevere indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità con cui verrà effettuato il trattamento da Cardea Cassa Mutua o da altri soggetti incaricati;
- avere conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i suoi dati sono comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di "responsabili" o "incaricati;
- opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei suoi dati personali, qualora raccolti a fini di informazione commerciale o per il compimento di ricerche di mercato.

9. titolare del trattamento è la Cardea Cassa Mutua in persona del legale rappresentante pro-tempore, - con sede legale in Via di Santa Cornelia, 9 – 00060 Formello(RM).
Presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali con le modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa.
Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.

Il richiedente, inoltre:
Dichiara di aver preso visione della Privacy, dello Statuto ed in modo particolare del Regolamento Interno della Cardea Cassa Mutua e del sussidio sottoscritto. Si impegna, altresì, ad attenersi scrupolosamente a tutte le norme e prescrizioni ivi contenute e a conoscere e rispettare i Sussidi Sanitari relativi alle prestazioni sanitarie che la Cardea Cassa Mutua mette a disposizione dello stesso mediante apposita Area Riservata. L'efficacia dei sussidi avrà effetto dal giorno di ratifica da parte del CDA della Cardea Cassa Mutua.
Accetta espressamente che tutte le comunicazioni inerenti il rapporto Associativo, le prestazioni previste nei Sussidi Sanitari prescelti, nonché relative ad eventuali modifiche apportate di cui alla successiva lettera c) vengano inviate all'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo di adesione.

Data _____ **Il richiedente** _____

SCHEDA D'ISCRIZIONE AL CIRCOLO

Circolo UniCredit Banca di Roma

Spett.le
Circolo UniCredit Banca di Roma
Via delle Montagne Rocciose, 47/D – 00144 Roma
Cod. A02 – contabilita@circolobdr.it – fax 06.54243449

Il sottoscritto_____matr._____

luogo e data di nascita_____

in servizio presso_____ cod. _____ non in servizio ☐

indirizzo casa _____ città _____

cap _____ cell. _____ tel. casa _____

tel. uff._____ email _____@_____

Codice fiscale _____

Avanza domanda al Consiglio di Amministrazione del Circolo per assumere la qualifica di socio effettivo.

Capitale sociale una tantum Euro 25,00* – quota associativa mensile Euro 4,00

*Con diritto alla restituzione all'atto della cancellazione

_____ _____

(Data) (Firma)

Mandato di addebito SEPA

Con la firma del presente mandato autorizzo il creditore (Circolo Unicredit Banca di Roma) ad inviare una disposizione di addebito alla Banca di seguito specificata per regolare sul mio conto corrente le obbligazioni che andrò a sottoscrivere.
Contestualmente a quanto sopra, autorizzo la Banca stessa ad addebitare il relativo conto corrente in ottemperanza alle comunicazioni che mensilmente verranno fornite dal creditore.

Cognome e Nome _____

Via e numero civico _____

Cap e città/paese _____

Numero di conto IBAN _____

Luogo e data _____ firma _____

Vige ovviamente il diritto di rimborso da parte della Banca interessata, nei termini e alle condizioni contrattuali previste dalla Banca stessa. Tale rimborso potrà essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito sul conto corrente. Tali diritti sono indicati in un foglio informativo che è possibile ottenere dalla Sua Banca.