



MutuaSalute

PROMOSSA DALLA CNA PIEMONTE



Guida al Piano sanitario INABILITA' TEMPORANEA da INFORTUNIO e MALATTIA

ai SOCI di MUTUA SALUTE

Edizione 01/01/2017

Sede Operativa - Via Spalato, 62/A 10141 Torino
tel. 011 3822729 fax 011 3824670 - email: mutuasalute@gmail.com
C.F. 97655920011 N° REA 1015212

AVVERTENZA

Tutte le prestazioni della presente Guida al Piano sanitario in forma di diaria giornaliera da Inabilità Temporanea verranno erogate direttamente da Mutua Salute.

- **Diritto alle prestazioni**

Il Piano sanitario è prestatato a favore del socio a seguito di adesione tramite versamento del contributo annuo.

- **Oggetto delle prestazioni**

Per **Ricovero** si intende la degenza in Istituto di Cura che comporti il pernottamento o degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

Per **Convalescenza** si intende il periodo successivo ad un Ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da Infortunio indennizzabile a termini di contratto.

Per **Immobilizzazione** si intende lo stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di Cura da personale medico o paramedico.

Il riconoscimento di Indennità per **Inabilità Temporanea** si intende a seguito di incapacità assoluta che impedisca totalmente e di fatto al socio di svolgere la propria attività professionale in via temporanea a seguito di Infortunio o Malattia sopravvenuti durante il periodo di adesione al Piano Sanitario.

Per **Infortunio** si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili. La prestazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) delle attività professionali
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale

Sono considerati Infortuni anche:
- l'asfissia di origine non morbosa;

- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee; gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto al punto successivo delle "Garanzie" (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che il Socio non vi abbia preso parte attiva.

La prestazione è estesa agli Infortuni che il Socio subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili).

La garanzia viene estesa agli Infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto il Socio risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

La prestazione resta operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

Per **Malattia** si intende ogni alterazione dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico e non sia dipendente da Infortunio.

• **Limite di età**

Possono aderire al Piano sanitario da tutti i soci di età compresa tra i 18 e 65 anni compiuti: cesserà automaticamente alla prima scadenza

annuale successiva al compimento del 64° anno di età da parte del Socio titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del Socio titolare la Guida al Piano sanitario cessa nel medesimo momento in cui termina per il Socio titolare.

Mutua Salute si riserva di accettare di anno in anno l'eventuale proseguimento delle prestazioni offerte dalla Guida al Piano anche al Socio di età superiore ai 65 anni.

- **Presentazione della domanda**

La domanda, redatta in carta libera dal Socio o da familiare, in caso di suo impedimento, deve essere presentata entro il termine perentorio di 30 giorni dall'inizio dello stato di inabilità. Solo in caso di dimostrata impossibilità il Socio può chiedere alla Mutua di essere rimesso in termini, a condizione che al momento della presentazione della domanda permanga il suo stato di inabilità.

La domanda deve essere corredata a cura del richiedente:

a) da certificato medico comprovante:

- la causa dell'insorgenza dell'inabilità temporanea

- la data di inizio

- il periodo di inabilità temporanea presunto direttamente ed esclusivamente conseguente alla malattia e/o infortunio

b) Copia dell'iscrizione alla Camera di Commercio con relativa Partita IVA

c) la descrizione dell'evento

d) la sospensione totale o parziale dell'attività per il periodo di inabilità temporanea.

La domanda e la certificazione medica, nonché la documentazione clinica eventualmente prodotta dall'interessato, vengono sottoposte all'esame del Sanitario di fiducia di Mutua Salute, il quale esprime definitivo ed insindacabile parere medico in relazione alla specifica attività professionale svolta dal Socio, che prevale, in caso di divergenza, sull'accertamento medico e su ogni altro documento prodotto dal richiedente.

Sulla domanda e sul parere medico del Sanitario di fiducia di Mutua Salute, si esprime la Mutua la quale autorizza e liquida l'indennità.

La Mutua può, qualora lo ritenga necessario, richiedere ulteriore documentazione fiscale e/o sanitaria e accertamento medico presso il Sanitario di fiducia.

La comunicazione dell'eventuale esito negativo è inviata dalla Mutua al Socio richiedente entro i sessanta giorni successivi la presentazione della documentazione.

- **Verifica persistenza stato di Inabilità**

La Mutua può effettuare in qualsiasi momento controlli per accertare il perdurare dello stato di Inabilità.

- **Validità territoriale**

Le prestazioni previste dalla Guida al Piano sanitario in forma di diaria da ricovero hanno validità in tutto il mondo.

L'Inabilità Temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

- **Persone non aventi diritto alle prestazioni**

Sono definite "persone non aventi diritto alle prestazioni" coloro le quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione del Piano sanitario;
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica e gravi scompensi del pancreas;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del Piano sanitario;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del Piano sanitario (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Sieropositività all'HIV;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%

Il Piano sanitario cessa con il loro manifestarsi qualora il Socio abbia aderito in presenza di una delle malattie sopraindicate.

- **Termini di aspettativa**

Per **Infortunio** la copertura decorre dalle ore 24 del giorno di effetto del Piano sanitario.

Per **Malattia** la copertura decorre dalle ore 24:

- del 30° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per le malattie
- del 60° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza
- del 300° giorno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per il parto e le malattie da puerperio
- del 1° giorno del sesto anno successivo a quello di effetto del Piano sanitario per le infezioni da HIV

Qualora il presente Piano sanitario sia stato emesso in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altro riguardante gli stessi Soci e identiche coperture, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di effetto del Piano sanitario di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e per i limiti di spesa annui risultanti da quest'ultima;

- dal giorno di effetto del presente Piano sanitario, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano sanitario, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni garantite.

PRESTAZIONI GARANTITE

Art. 1 - Diaria Giornaliera per Ricovero e Convalescenza da Infortunio e Malattia

1.A - Diaria Giornaliera per Ricovero in Istituto di Cura

A seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile ai termini della Guida al Piano, Mutua Salute corrisponde un'indennità.

In caso di ricovero in day-hospital l'indennità viene corrisposta in misura pari al 50% di quella prevista.

1.B - Diaria Giornaliera per Convalescenza

In aggiunta a quanto previsto alla garanzia 1.A, a seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile ai termini della Guida al Piano che renda necessaria una convalescenza per un periodo prescritto dal medico all'atto delle dimissioni, Mutua Salute corrisponde il medesimo importo previsto per l'indennità giornaliera in caso di ricovero di cui alla lettera A) del presente articolo per il periodo prescritto dal medico con il massimo dei giorni di degenza indennizzati.

1.C - Indennità per immobilizzazione

In caso di infortunio che abbia determinato una immobilizzazione Mutua Salute corrisponderà un'indennità giornaliera, anche nel caso di applicazione di mezzi di contenzione amovibili e preconfezionati purchè siano rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) e purchè prescritti:

- da un Pronto Soccorso dipendente da struttura sanitaria, in assenza di Ricovero e di Day Hospital

-dei sanitari dell'Istituto di Cura, nel corso di degenza, in caso di Ricovero o di Day Hospital

Il Socio, per le forme di assistenza previste all'Art. 1.A (Ricovero), 1.B (Convalescenza) e 1.C (immobilizzazione) avrà diritto a una diaria giornaliera di € **100,00** per un periodo complessivo non superiore a **60** giorni.

Art. 2 - Inabilità Temporanea da Infortunio e Malattia

Se l'Infortunio o la Malattia hanno come conseguenza una Inabilità Temporanea la Società corrisponderà per persona e per anno assicurativo, un'indennità giornaliera di € 50,00 per un periodo non superiore a 60 giorni, per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale o parziale incapacità fisica ad attendere all'attività professionale dichiarata in polizza.

Per la forma di assistenza di cui all' Art. 2 i giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione di 7 giorni di Franchigia.

In nessun caso l'indennizzo massimo erogabile da Mutua Salute per persona e per anno assicurativo per le forme di assistenza agli Articoli 1 e 2 potrà essere superiore a 60 giorni.

La disponibilità annua per la presente copertura è di € 6.000,00 per persona

Art. 3 - Stati di non autosufficienza temporanea (copertura operante per il solo Socio titolare)

3.A - Oggetto della copertura

Il Piano sanitario garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita al Socio quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo articolo 3.D "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea".

3.B - Condizioni di associabilità

Ai fini dell'operatività della copertura, i Soci non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non associabilità:

1. Avere attualmente bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:

- a) spostarsi;
- b) lavarsi;
- c) vestirsi;
- d) nutrirsi.

2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.

3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non

è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.

4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

3.C - Somma garantita

La somma mensile garantita nel caso in cui il Socio si trovi nelle condizioni indicate al successivo punto 3.D "Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea" corrisponde a € 500,00 da corrispondersi per una durata massima di 6 mesi.

3.D - Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporanea il Socio il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:

- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo);
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire);
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente);

e necessiti temporaneamente ma in modo costante:

- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di ricovero.

3.E - Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di Mutua Salute

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza il Socio, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà chiamare il numero 0113822729 e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre a Mutua Salute ai fini della valutazione medica finale oltre a produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro.

Tale fascicolo deve contenere:

- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza del Socio, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il

risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);

- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente del Socio;
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora il Socio abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a Mutua Salute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Mutua Salute ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato le coperture del Piano sanitario non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, Mutua Salute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, Mutua Salute invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite il Socio o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto 3.d "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo", se il Socio è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti al punto 4.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se il Socio è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico del Socio, dovrà essere inviata a Mutua Salute.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza del Socio sembrano insufficienti;

▫ ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo del Socio.

Mutua Salute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza del Socio da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni previste all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto del Socio al riconoscimento di quanto previsto dal Piano sanitario, con le modalità di cui ai punti 3.F I) e 3.F II) decorre dal momento in cui Mutua Salute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo del Socio.

3.F - Modalità di rimborso/richiesta di erogazione di servizi di assistenza

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di Mutua Salute secondo le condizioni del punto 3.D "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto al Socio che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere la corresponsione della somma garantita - entro i limiti previsti al punto 3.C "Somma garantita" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi punti I) e II):

- erogazione diretta della prestazione di assistenza, per mezzo di strutture e/o personale sanitario convenzionato;
- rimborso delle spese sostenute per prestazioni relative ad assistenza (su presentazione di fatture, ricevute in originale o documentazione idonea a comprovare l'esistenza di un rapporto di lavoro).

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui Mutua Salute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza del Socio.

I) Erogazione diretta della prestazione di assistenza

Qualora il Socio richieda l'attivazione del servizio di assistenza, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati con Mutua Salute, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno comunque richiedere al Socio né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle coperture previste dalla Guida al Piano sanitario, eccedenti il limite di spesa annuo o non autorizzate da Mutua Salute.

II) Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: Mutua Salute - Via Spalato 62/a - 10141 Torino - dovrà contenere la

documentazione necessaria, ossia:

- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza del Socio e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine pag 12

incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);

- Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente del Socio;

- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;

- Qualora il Socio abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a Mutua Salute tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche. Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di assistenza sanitaria. Nel caso in cui il Socio sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante al Socio viene effettuato su presentazione a Mutua Salute della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre il Socio, a fronte di specifica richiesta da parte di Mutua Salute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

3.G - Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

Mutua Salute si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante del Socio, a controlli presso il Socio e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere

CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO

La Guida al Piano sanitario non è operante per:

le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del Guida al Piano sanitario. In caso di intervento di correzione dei vizi di

rifrazione, la copertura opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;

la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;

le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;

le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del Guida al Piano sanitario);

i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

i ricoveri causati dalla necessità del Socio di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.

Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche del Socio che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;

gli infortuni causati da azioni dolose compiute dal Socio;

le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;

le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

*Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.