

Copertura Sanitaria
Per i dipendenti in servizio
delle Aziende Associate a
PMI SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

MODELLO FI 2642

Edizione 01/2026

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 52:

SEZIONE I

- **Glossario** da pag. 1
- **Capitolo 1 – Norme che regolano il contratto in generale** - da pag. 9

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - da pag. 19
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 37
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 39

ALLEGATI

- Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
- Elenco Patologie di importanza rilevante ammesse
- Elenco interventi chirurgici
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

Per rendere più chiare le Condizioni di Assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

Fondo grigio: decadenze, nullità, limitazione delle garanzie, oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato

Box verde: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante e sostanziale delle Condizioni di Assicurazione.

Ove non diversamente stabilito i termini e le definizioni di seguito elencati, contraddistinti con lettera iniziale maiuscola, hanno nelle Condizioni di Assicurazione il significato a ciascuno di essi attribuito in questo Glossario.

I termini indicati al singolare includono il plurale, e viceversa. I termini che denotano un genere includono l'altro genere, salvo che il contesto o l'interpretazione indichino il contrario.

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: contratto stipulato tra la Compagnia e il Contraente con cui la Compagnia si impegna, a fronte del pagamento del Premio da parte del Contraente, a corrispondere agli Assicurati, al verificarsi di un Sinistro, un determinato Indennizzo.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

La Compagnia paga direttamente il Network per le prestazioni oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dal Contratto.

Assistenza infermieristica: assistenza offerta da personale fornito di specifico diploma infermieristico.

Carenza: periodo compreso tra l'inserimento degli Assicurati in Polizza e la decorrenza delle prestazioni previste dalla presente copertura assicurativa.

Cartella clinica: insieme dei documenti ufficiali avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la Cartella clinica completa.

CDA: Condizioni di Assicurazione, ossia il presente documento, nel quale vengono riportate le clausole che regolano l'Assicurazione.

Centrale operativa: struttura individuata per:

- fornire informazioni relative alle coperture assicurative e al Network
- autorizzare le prestazioni in Assistenza diretta.

Centro medico: struttura, anche non adibita al Ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

Certificato di polizza: documento che contiene gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza e scadenza, premio, soggetti assicurati, ecc).

Chirurgia bariatrica ("chirurgia dell'obesità"): interventi chirurgici per ridurre l'assunzione di cibo diminuendo la capacità gastrica (interventi "restrittivi") o la capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi "malassorbitivi").

Compagnia: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

Contraente: PMI SALUTE, via Tagliamento, 25 – 00198 Roma (RM), C.F. 97948210584 che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del pagamento del premio.

Contratto: CDA.

Day Hospital/Day Surgery: Ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica.

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Non è Day Hospital la permanenza in reparto a seguito di Intervento ambulatoriale.

Diagnosi: la determinazione della natura o della sede di una malattia in base a una interpretazione di segni, sintomi e referti di esami specifici raccolti quali manifestazioni di una patologia.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Sinistro ed è "assoluta", ossia opera sempre e interamente, indipendentemente dall'ammontare della somma cui è applicata. Nel caso di somme di denaro corrisposte a giornate, la franchigia può essere anche espressa in giorni (per esempio indennità di 100,00 euro per ogni giorno di ricovero, esclusi i primi 5 giorni).

Indennità: somma di denaro di importo predeterminato che viene erogata all'Assicurato al verificarsi di un Sinistro.

Indennità sostitutiva: somma di denaro forfettaria giornaliera erogata a seguito di Ricoveri che non comportano spese sanitarie a suo carico, durante il Ricovero.

Indennizzo: la prestazione fornita all'Assicurato in caso di Sinistro, nei limiti e alle condizioni previste dal Contratto, sia in regime di Assistenza diretta che tramite la corresponsione di Indennità e Rimborsi.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate.

Intervento chirurgico: atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.

Intervento chirurgico concomitante: ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale, di Day hospital o di Ricovero
- per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

Istituto di cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera.

Non sono Istituto di cura:

- gli stabilimenti termali
- le case di convalescenza e di soggiorno
- colonie
- case di cura con fini dietologici ed estetici o per la Lungodegenza (RSA)
- istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

Lungodegenza: Ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata. Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il Ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da Infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nella Classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ICD (International Classification of Diseases) del 1949 e successive modifiche e integrazioni

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascuna annualità e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Medicina Alternativa o Complementare: pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di Assistenza diretta e mista.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.pmisalute.it o nell'App mobile.

Nucleo familiare fiscalmente a carico: indica:

(a) il coniuge non legalmente ed effettivamente separato o l'unito civilmente o convivente di fatto;

(b) i figli fino al compimento del 26° anno di età; e

(c) i figli senza alcun limite di età che si trovino per grave infermità nell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere un'attività lavorativa (compresi i figli adottivi, affidati o affiliati).

Nucleo non familiare fiscalmente a carico: indica il coniuge, il convivente more uxorio, la persona unita civilmente e i figli non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia.

Optometrista: professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

Parti: la Compagnia e il Contraente.

Polizza: Assicurazione.

Premio: la somma che il Contraente deve pagare alla Compagnia.

Presidio (o ausilio) medico ortopedico: strumento o manufatto che sostiene, supplisce, aumenta o migliora una funzione insufficiente o compromessa di parti anatomiche (per esempio: plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle ecc.).

Protesi acustica (apparecchio acustico): dispositivo elettronico esterno indossabile, che amplifica o modifica il messaggio sonoro per correggere la qualità e la quantità del difetto uditivo causato da fatti morbosi, con carattere di stabilizzazione clinica.

Quesito diagnostico: indicazione di diagnosi già accertata o sospettata per la cui definizione della patologia o delle eventuali complicanze viene richiesto un esame o una consulenza.

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Se previsto, costituisce parte integrante del Contratto.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Compagnia o di un suo intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati Reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Regime misto: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale operativa
- accede a Istituti di cura convenzionati del Network e riceve prestazioni mediche da medici non convenzionati.

Regime rimborsuale: regime per cui sono rimborsate all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Contratto.

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera). N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.

Ricovero improprio: la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento durante la quale sono praticati accertamenti diagnostici e/o terapie comunemente effettuabili in regime ambulatoriale.

Rimborso: somma di denaro erogata all'Assicurato in caso di Sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dal Contratto.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Sinistro. In caso di presenza di Franchigia e Scoperto per lo stesso Sinistro, si applica quello che prevede l'importo più alto.

Servizio sanitario nazionale (S.S.N.): servizio sanitario erogato dallo Stato Italiano.

Sinistro: evento, previsto dal Contratto, che fa sorgere l'obbligo di corrispondere l'Indennizzo all'Assicurato nei limiti e alle condizioni previste dal Contratto.

Sinistro e Data Sinistro:

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo Ricovero, anche in regime di Day Surgery (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni pre-ricovero ad esso correlate solo se eseguite in vigenza contrattuale
N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un Ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.
Data Sinistro: data del Ricovero
- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente ed effettuati in vigenza contrattuale.
Data Sinistro: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento.
- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.
Data Sinistro: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.
Data Sinistro: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico Sinistro.

Sport professionistico / Gare professionistiche: attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

Sub-Massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascuna annualità e per singola garanzia, nell'ambito del Massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.
Per Ricoveri con Intervento chirurgico il sub-Massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

Telemedicina: insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari a distanza.

Titolare: persona fisica che acquisisce la qualifica di Assicurato per il suo legame con il Contraente (es. lavoratore dell'azienda); se previsto dal Contratto il Titolare può inserire in copertura i familiari indicati nella definizione di Nucleo familiare.

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili ai sensi del Contratto

Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da:

- medico specialista
- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi non sono oggetto di Indennizzo, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento.

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

CAPITOLO 1 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

Iscritta al numero 1.00125 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 340 del 30/09/1996¹ e n. 2446 del 21/07/2006²

Sito: www.intesasanpaoloprotezione.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com

Art. 2. Carenza

E' prevista una carenza pari a 2 mesi nel caso in cui l'Assicurato che abbia dato disdetta ai sensi dell'art. 11.6 Disdetta, richieda, per una sola volta e in costanza del rapporto di lavoro, la reintegrazione in copertura a partire dall'anno successivo a quello in cui la disdetta ha prodotto i suoi effetti.

Art. 3. Indicizzazione dei Premi e delle somme assicurate

I Premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 4. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto

Il diritto al pagamento delle rate di Premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze³.

Esempio: se la rata di Premio scade il 31 dicembre 2022, Intesa Sanpaolo Protezione può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2023.

Gli altri diritti che derivano dall'Assicurazione si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

Art. 5. Cosa si assicura

L'Assicurazione prevede la corresponsione di un Indennizzo per Sinistri riconducibili a Malattia o Infortunio, verificatisi mentre l'Assicurazione è operativa, alle condizioni di seguito indicate.

Art. 6. Categorie assicurate

- dipendenti in servizio di aziende associate a PMI SALUTE (Titolari)

¹ G.U. 236 dell'8 ottobre 1996

² G.U. 185 del 10 agosto 2006

³ Art. 2952 "Prescrizione in materia di Assicurazione" del Codice civile

- familiari dei Titolari, come identificati nella definizione di Nucleo familiare con pagamento di un premio aggiuntivo per ciascun familiare non fiscalmente a carico ad adesione volontaria.

non rientranti tra le categorie di cui all'art. 26 "Persone non assicurabili".

Tutti gli Assicurati devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale.

Il Titolare non può essere inserito nel Nucleo familiare di un altro Titolare con cui abbia un legame tra quelli indicati nella definizione di Nucleo familiare (es. coniuge).

È possibile assumere la veste di Assicurato con riferimento a una sola posizione in copertura. Se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio sono dipendenti dello stesso Associato e indicati come Assicurati dal Contraente, non possono anche essere inseriti come componenti del Nucleo familiare del rispettivo coniuge o convivente, così come i figli di dipendenti dello stesso Associato coniugati o conviventi more uxorio devono essere inseriti in copertura solo nel Nucleo familiare uno dei coniugi o conviventi.

Devono aderire tutte le persone assicurabili appartenenti alla stessa categoria di lavoratori.

Art. 7. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo e può cessare l'Assicurazione⁴.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre alla Compagnia di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività nei loro confronti dell'Assicurazione.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 8. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare alla Compagnia se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, la Compagnia non è tenuta a pagare l'Indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁵. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, la Compagnia può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento⁶.

⁴ Articoli 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice civile.

⁵ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

⁶ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

Art. 9. Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso

9.1 Decorrenza

L'Assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01.01.2026 se il Premio è stato pagato entro il termine indicato all'art. 10.1
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento

9.2 Tacito rinnovo

Il contratto non prevede il tacito rinnovo.

9.3 Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dall'Assicurazione.

Art. 10. Pagamento del Premio - Anagrafica

10.1 Pagamento del Premio

Il Premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno.

Pur essendo annuo e indivisibile, è frazionato in modo trimestrale e pagato con bonifico bancario entro il 45 esimo giorno successivo alla scadenza di ogni trimestre (ossia entro il 15 maggio, entro il 15 agosto, entro il 15 novembre, entro il 15 febbraio).

La prima rata di Premio viene stabilita dalla Compagnia sulla base delle anagrafiche provvisorie e/o definitive fornite dal Contraente.

1. Se il Contraente paga la prima rata di Premio oltre la data di scadenza pattuita (dopo il 15 maggio), il Contratto di assicurazione non si risolve ed è facoltà della Compagnia sospendere la copertura assicurativa fino alle ore 24 del giorno di pagamento, dando comunicazione al Contraente in tal senso. In tal caso, la Compagnia non fornisce quindi alcuna copertura assicurativa per i Sinistri che dovessero avvenire durante il periodo di sospensione. Le coperture assicurative torneranno a essere attive, dopo il pagamento della prima rata di Premio avvenuta entro 6 mesi, a decorrere dalla data di pagamento pattuita (il 30 aprile), quindi anche con riferimento ai sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione.
2. Se il Contraente non paga le rate seguenti alla prima entro i 45 giorni successivi alla ricorrenza trimestrale, il contratto di assicurazione non si risolve ed è facoltà della Compagnia sospendere la copertura assicurativa fino alle ore 24 del giorno di pagamento, dando comunicazione al Contraente in tal senso. La Compagnia non fornisce alcuna copertura assicurativa per i sinistri che dovessero avvenire durante il periodo di sospensione e ha comunque diritto a esigere i Premi scaduti.
3. Fermo quanto indicato all'art. 8.3 dell'Accordo, trascorsi 6 mesi dalle scadenze per il pagamento delle rate di Premio sopra indicate, il contratto di assicurazione si risolve. Il Contraente non potrà più riattivare le coperture

assicurative, anche nel caso in cui decidesse di pagare il premio insoluto. In ogni caso, il premio annuo è comunque dovuto.

10.2 Anagrafica

Il Contraente deve far pervenire alla Compagnia le Anagrafiche tramite tracciato informatico concordato entro il 1° febbraio della prima annualità.

In mancanza, la Compagnia non potrà prendere in carico richieste di sinistro dei soggetti la cui Anagrafica non sia stata trasmessa.

In ogni caso di rinuncia volontaria da parte degli Assicurati, l'aggiornamento anagrafico dovrà essere comunicato da Fondo PMI entro e non oltre 5 (cinque) giorni successivi a quello in cui è avvenuta la rinuncia.

Art. 11. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

11.1 Nuove assunzioni e reinserimenti

La copertura per il Titolare decorre dalla data di comunicazione dell'Anagrafica aggiornata da parte del Contraente.

Nel caso in cui il Contraente comunichi alla Compagnia il reinserimento in copertura di un soggetto che aveva esercitato la facoltà di rinuncia volontaria, la copertura decorre dalla data di comunicazione dell'Anagrafica aggiornata da parte del Contraente, con applicazione di una carenza su tutte le prestazioni pari a 2 (due) mesi dalla data di decorrenza della copertura.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste, il premio da corrispondere è calcolato moltiplicando il premio mensile per il numero dei mesi che intercorrono dalla data di inclusione fino al termine del periodo assicurativo in corso.

11.2 Inclusione dei componenti del Nucleo familiare in corso d'anno

È consentita per i componenti del Nucleo familiare fiscalmente a carico, cioè le persone per le quali il Titolare ha diritto alla detrazione fiscale, nonché il convivente more uxorio il cui reddito complessivo annuo (intendendosi quello di imposta) non sia superiore a quello previsto per il carico fiscale del coniuge⁷ e per i componenti del Nucleo familiare non fiscalmente a carico ad adesione volontaria.

L'estensione al Nucleo Familiare opera al ricevimento della comunicazione dell'Anagrafica aggiornata.

L'estensione al Nucleo Familiare degli Assicurati sarà consentita se già presente in copertura prima dell'attivazione della prosecuzione volontaria (a seguito di dimissioni, licenziamento, risoluzione consensuale e pensionamento) e cesserà al termine dell'annualità assicurativa nel caso di cessazione della copertura del beneficiario principale.

⁷ DPR 22 dicembre 1987 n. 917 (Testo Unico delle Imposte sui Redditi – TUIR), art. 12.

Le inclusioni devono essere comunicate dal Contraente alla Compagnia **entro 30 giorni** dall'evento (per esempio, dalla nascita del figlio). La copertura opera da quando i componenti del Nucleo familiare inclusi sono a carico del Titolare.

Se la comunicazione è fatta **dopo i 30 giorni**: la copertura opera dalle ore 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

La modifica (acquisto o perdita) delle condizioni di reddito previste per avere a carico un componente del Nucleo familiare Assicurato, avvenuta nel corso di un'annualità, non ha effetto sui Premi o rate di Premio da corrispondere per il periodo rimanente della stessa annualità.

11.3 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

L'Assicurato rimane in copertura fino alla data di comunicazione della cessazione; il Contraente si impegna a versare alla Compagnia il corrispondente Premio.

11.4 Regolazione del Premio

La Compagnia procede a effettuare le regolazioni contabili del Premio mensilmente.

Il Premio relativo alla regolazione deve essere versato dal Contraente su base trimestrale posticipata a 45 giorni.

Se aumentano i Nuclei familiari in copertura, il Contraente deve pagare la rata di rinnovo aumentata in base all'Anagrafica inviata.

11.5 Adesione e rinuncia dei lavoratori

a) Adesione/rinuncia lavoratori in forza al 01/01/2023

Entro il 31 dicembre 2022 le Aziende che applicano il CCNL Confimi Impresa Meccanica – FIM-CISL, UILM-UIL sono tenute ad iscrivere obbligatoriamente alla polizza, dedicata ai dipendenti delle PMI Manifatturiere Metalmeccaniche, tutti i Dipendenti in forza, salvo facoltà di successiva rinuncia individuale.

In caso di nuove assunzioni, le Aziende devono obbligatoriamente iscrivere i neo-assunti a seguito del superamento del periodo di prova e la copertura ha effetto dal 1° giorno del mese successivo a tale data.

L'Assicurato può rinunciare volontariamente all'assistenza sanitaria integrativa entro il 31 gennaio 2023; mentre, il neo-assunto può rinunciare volontariamente entro 30 giorni dall'assunzione.

Per esercitare la propria facoltà di rinuncia, l'Assicurato deve compilare e consegnare alla propria azienda il "modulo di rinuncia" reperibile sul sito internet www.pmisalute.it.

In caso di rinuncia volontaria è riconosciuta al Dipendente una sola possibilità di rientrare in copertura con applicazione di una carenza su tutte le prestazioni della polizza pari a 2 mesi dalla data di decorrenza della nuova adesione.

b) Adesione/rinuncia lavoratori assunti successivamente al 01/01/2023

La copertura sanitaria decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo a quello di assunzione del lavoratore.

L'Assicurato può rinunciare volontariamente alla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla data di assunzione.

In caso di rinuncia volontaria è riconosciuta al lavoratore una sola possibilità di rientrare in copertura con applicazione di una carenza su tutte le prestazioni della polizza pari a 2 mesi dalla data di decorrenza della nuova adesione.

11.6 Disdetta

L'Assicurato a titolo individuale, può cessare la partecipazione alla copertura assicurativa ferma restando la necessità, comunque, di assicurare un periodo minimo di adesione alla polizza pari a 12 (dodici) mesi a decorrere dalla data di iscrizione.

In caso di disdetta volontaria della partecipazione al Piano Sanitario, l'Assicurato, a titolo individuale, deve compilare il Modulo di Disdetta e trasmetterlo alla Compagnia entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso al momento della disdetta. La disdetta produrrà la cessazione delle Coperture Sanitarie a favore dell'Assicurato dal 1° gennaio dell'annualità successiva.

La disdetta volontaria della partecipazione alla copertura assicurativa da parte dell'Assicurato comporta l'impossibilità per quest'ultimo di accedervi nuovamente per l'annualità assicurativa in corso. È data facoltà all'Assicurato di richiedere, per una sola volta e in costanza del rapporto di lavoro, la reintegrazione in copertura a partire dall'anno successivo a quello in cui la disdetta ha prodotto i suoi effetti, con una carenza su tutte le Prestazioni pari a 2 (due) mesi dalla data di decorrenza della nuova adesione.

Art. 12. Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo. Gli indennizzi sono corrisposti in Italia e liquidati in euro. Se previsto il regime rimborsuale, Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 13. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenuti Compagnia, Contraente e Assicurato ai sensi del presente Contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 14. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) Condizioni di Assicurazione
- b) Informativa Privacy di cui all'Allegato 4 del presente Contratto

La suddetta documentazione è l'unica rispetto alla quale la Compagnia si assume obblighi con riferimento alle prestazioni ivi indicate. La redazione di eventuali altri documenti (es. guide operative) verrà valutata ed eventualmente effettuata dalla Compagnia stessa, che non riconoscerà validità alcuna a documenti, relativi alla presente Assicurazione, predisposti da altri.

Art. 15. Cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario
- modifiche statutarie sul cambio di denominazione sociale o sul trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, la Compagnia trasmette al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.

Art. 16. Assicurazione per conto altrui

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi previsti devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato⁸.

Art. 17. Regime fiscale

Tassa sui Premi: 2,50%

Tassa sugli Indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'Assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato dalla Compagnia.

Art. 18. Reclami

I Reclami riguardanti il Contratto o su un servizio assicurativo a esso collegato devono essere inviati a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. Compilando online il modulo: <https://www.intesasanpaoloprotezione.com/inviare-reclamo>

Art. 19. Risoluzione delle controversie

⁸ Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

Prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:

a) Arbitro Assicurativo

Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile;

b) Mediazione

Con l'assistenza necessaria di un avvocato, l'Assicurato può interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98) per raggiungere un accordo tra le parti. Il tentativo di mediazione costituisce la condizione per poter procedere con una causa civile;

c) Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato a Intesa Sanpaolo Protezione. La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione di procedibilità per poter procedere con una causa civile;

d) Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/make-complaint-about-financial-service-provider-another-eea-country_it)

Art. 20. Foro Competente

Per le controversie connesse al presente Contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità esecuzione e risoluzione):

- tra la Compagnia e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede legale Intesa Sanpaolo Protezione
- tra la Compagnia e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza (se in Italia) o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Compagnia, Contraente e Assicurato possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

Art. 21. Servizi "Segui la tua pratica" e "Home Insurance"

21.1. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

È a disposizione il servizio "Segui la tua pratica", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l'invio di SMS.**

Il servizio può essere attivato indipendente dai canali in cui viene effettuata la domanda di rimborso.

nel modulo di rimborso cartaceo l'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare. Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso

- b) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso
- c) eventuale rifiuto della domanda di rimborso perché non indennizzabile.

21.2 AREA CONTRAENTI

In seguito alla sottoscrizione del contratto il Contraente tramite accesso al sito www.intesasanpaoloprotezione.com – Area Clienti – Contraenti (persone fisiche-aziende) ha la possibilità di registrarsi, accedere all'area riservata e consultare la documentazione.

21.2 CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

In seguito alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato riceve le credenziali di accesso all'area Assicurati messa a disposizione dalla Compagnia sul sito (**[http: webab.previmedical.it/arena-pmisalute](http://webab.previmedical.it/arena-pmisalute)**). In tale area l'assicurato può:

- Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso (“Gestisci la tua Polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi”)
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

App mobile “Citrus”

Con l'app mobile “Citrus®”, è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- pre-attivare le prestazioni in regime di Assistenza diretta.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata, alla quale quindi occorre prima iscriversi.

Art. 22. Legge applicabile al Contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il presente Contratto è regolato dalla Legge italiana.

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

Sezione II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 23. Descrizione delle prestazioni Assicurate

Vengono di seguito riportati gli Indennizzi che la Compagnia fornisce all'Assicurato in caso di Sinistri riconducibili a Malattia o Infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Si specifica che le “algie” di qualsiasi natura (es. lombalgie, sciatalgie, cervicalgie) rappresentano dolori localizzati o sintomi, ma non “patologie”. Non si considerano patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Assicurato deve inviare alla Compagnia non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Assicurato, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.

Massimali, limiti, Franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in questo Contratto, nella descrizione delle singole garanzie e nell'Allegato 1.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni assicurate



1.1. Ricoveri medici

Si intende per ricovero medico, la cura in ambiente ospedaliero di patologie che non richiedano intervento chirurgico, cioè patologie di importanza rilevante e che richiedano una permanenza in struttura ospedaliera/clinica privata superiore ad un giorno, con relativi pernottamenti (Allegato 2).

La fase di acuzie può avere un massimo di copertura pari a 15 giorni ed il prosieguo dovrà essere calcolato come ricovero in lungodegenza. Il massimale indicato dovrà coprire le seguenti voci:

- Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati come pre-ospedalizzazione nella settimana precedente il ricovero.
- Onorari del personale medico, paramedico e di ogni altro soggetto dedicato all'assistenza del paziente;
- Assistenza medica, medicinali, cure;
- Prestazioni mediche e infermieristiche consuntive;

- Esami e accertamenti diagnostici necessari durante il ricovero;
- Retta di degenza, sia normale che in terapia intensiva ove necessario;
- Retta di vitto e pernottamento di un accompagnatore nel periodo di assistenza, compreso nel massimale previsto.

Per i titolari non è prevista l'applicazione di alcuna franchigia; per il nucleo familiare è prevista l'applicazione di una franchigia di euro 250,00.

1.2 Ricoveri chirurgici (Allegato 3)

Valgono tutte le voci del precedente ricovero con le seguenti aggiunte:



- Costo di sala operatoria;
- Onorari dell'equipe chirurgica, anestesiologicala ed infermieristica;
- Protesi o materiale necessario sia stabile che monouso.

Per i ricoveri chirurgici la garanzia è riservata senza franchigia ai soli titolari, per il nucleo familiare la franchigia massima applicabile è di euro 500,00.

1.3 Ricoveri in lungodegenza

Dopo il periodo di acuzie il paziente può essere seguito in strutture di lungodegenza **per un periodo non superiore ai 30 giorni**. Anche in questo caso sono comprese, oltre a quanto descritto per l'assistenza medica, tutte le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa.

Per i ricoveri in lungodegenza la garanzia è riservata senza franchigia ai soli titolari, per il nucleo familiare la franchigia massima applicabile è di euro 250,00.

1.4 Ricovero in Day Surgery

Trattasi di intervento chirurgico senza ricovero in cui sono comprese tutte le indagini strumentali ed di laboratorio necessarie alla cura della patologia oggetto del ricovero e tutti gli operatori, sia mediche paramedici, coinvolti nell'assistenza. Altresì sono compresi protesi o materiale necessario sia stabile che monouso, costo di sala operatoria ed onorari dell'equipe chirurgica, anestesiologicala ed infermieristica.

La garanzia è riservata al titolare e al nucleo familiare senza applicazione di alcuna franchigia.



1.5 Indennità sostitutiva per ricovero

Nel caso in cui le spese sanitarie per un Ricovero oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o interamente rimborsate in forza di polizza stipulata presso altra Compagnia di Assicurazione, l'Assicurato ha il diritto a richiedere alla Compagnia l'erogazione di una Indennità che matura per ogni giorno di Ricovero.

L'importo dell'Indennità è di 120,00 euro per un massimo di 90 giorni di ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in istituto di cura comportante il pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere gli importi su indicati per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura.

2. Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere

- Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia Ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili ai sensi del Contratto
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-Massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - a. gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel sub-Massimale presente nel Contratto, quando previsto
 - b. gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%
- Intesa Sanpaolo Protezione copre anche le spese per gli interventi ricostruttivi, avvenuti in vigenza di polizza, nei seguenti casi:
 1. interventi a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e siano assicurati dalla nascita;
 2. interventi a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza;
 3. interventi a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza, per tumori maligni.

Le spese per gli interventi di cui ai punti 1) e 2) vengono riconosciute nell'ambito del massimale previsto per le prestazioni ospedaliere.

- Le spese per gli interventi di cui al punto 3) vengono riconosciute se conseguenti a interventi demolitivi di natura oncologica per qualunque sede anatomica. Nel caso di neoplasia mammaria, tale garanzia interviene in caso di mastectomia radicale. È compresa anche la simmetrizzazione effettuata in concomitanza con tale intervento.

La garanzia opera anche se:

- l'intervento ricostruttivo ha natura estetica
- l'intervento ricostruttivo è effettuato in un secondo momento rispetto all'intervento demolitivo
- l'intervento demolitivo è stato eseguito prima della decorrenza della presente polizza

Sub-Massimale annuo a nucleo per interventi ricostruttivi conseguenti a interventi demolitivi di natura oncologica: 5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria

3. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: 100.000,00 euro a nucleo.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale solo nel caso in cui la provincia di residenza dell'Assicurato sia priva di strutture sanitarie convenzionate

Franchigie e scoperti

1.1. Ricoveri medici

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia per il Titolare; 250,00 euro di franchigia per il nucleo
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia per il Titolare; 250,00 euro di franchigia per il nucleo

1.2 Ricoveri chirurgici

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia per il Titolare; 500,00 euro di franchigia per il nucleo
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia per il Titolare; 500,00 euro di franchigia per il nucleo

1.3. Ricoveri in lungodegenza

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia per il Titolare; 250,00 euro di franchigia per il nucleo
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia per il Titolare; 250,00 euro di franchigia per il nucleo

1.4 Ricovero in Day Surgery

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

Prestazioni in Regime misto:

- per la parte di struttura convenzionata: assistenza diretta con applicazione dei limiti previsti per l'assistenza diretta al precedente paragrafo "Franchigie e scoperti"
- per l'equipe medica e/o prestazione non convenzionata: regime rimborsuale con applicazione dei limiti previsti a rimborso al precedente paragrafo "Franchigie e scoperti".

4. Limiti di spesa pre Ricovero

I limiti di spesa (per esempio Franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima di un Ricovero/Day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia Ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 100.000,00

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00

Nessuno scoperto per il titolare

Indennizzo € 14.298,00 a totale carico della Compagnia

Regime rimborsuale

Massimale € 100.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00

Nessuno scoperto per il Titolare

Indennizzo € 14.298,00

5. Cure e Interventi chirurgici per malformazioni e Difetti fisici di neonati



Sono oggetto di Indennizzo le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o Difetti fisici dei neonati.

La diagnosi di malformazione dovrà essere prodotta da specialista in Neonatologia o Pediatria operante in una struttura pubblica. La garanzia intendersi solo di tipo rimborsuale e concepita come supporto a spese sostenute che superino un totale di 50.000,00 quale preventivo di spesa.

Tale parziale contributo economico è pari a euro 15.000,00.

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. DIAGNOSTICA SPECIALISTICA

1.1 Diagnostica radiologica

- Qualsiasi radiografia dell'apparato locomotore e della colonna vertebrale nelle adeguate proiezioni
- RX cranio nelle adeguate proiezioni
- Qualsiasi esame contrastografico dell'apparato digerente
- Urografia
- Mammografia (solo per donne maggiori di 40 anni)



In assistenza diretta e a rimborso, per ogni singola prestazione è prevista l'applicazione di una franchigia massima di euro 5,00.

1.2. Diagnostica ecografica

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

In assistenza diretta e a rimborso, per ogni singola prestazione è prevista l'applicazione di una franchigia massima di euro 10,00.

1.3 Ecocolordopler

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici
- Ecocolordoppler Tiroide

In assistenza diretta e a rimborso, per ogni singola prestazione è prevista l'applicazione di una franchigia massima di euro 10,00.

1.4 Diagnostica specialistica complessa

- Risonanza magnetica (con o senza mezzo di contrasto, qualsiasi organo ed apparato)
- TAC (con o senza mezzo di contrasto, qualsiasi organo ed apparato)

In assistenza diretta e a rimborso, per ogni singola prestazione è prevista l'applicazione di una franchigia massima di euro 15,00.

1.5 Medicina nucleare

- Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Tomoscintigrafia SPET miocardio
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- TAC PET

In assistenza diretta e a rimborso, per ogni singola prestazione è prevista l'applicazione di una franchigia massima di euro 15,00.

1.6 Diagnostica interventistica

- Coronarografia diagnostica ed interventistica in sala emodinamica
- Amniocentesi e Villocentesi (solo per gestante oltre i 35 anni)

In assistenza diretta e a rimborso, per ogni singola prestazione è prevista l'applicazione di una franchigia massima di euro 25,00.

1.7 Diagnostica cardiologica

- Elettrocardiogramma di base e dopo sforzo
- Ecocardiogramma
- Holter cardiaco, Holter pressorio

In assistenza diretta e a rimborso, per ogni singola prestazione è prevista l'applicazione di una franchigia massima di euro 10,00.

1.8 Diagnostica oculistica

- Campimetria
- Elettroretinogramma
- Tomografia mappa strumentale della cornea

In assistenza diretta e a rimborso, per ogni singola prestazione è prevista l'applicazione di una franchigia massima di euro 10,00.

1.9 Diagnostica neurologica

- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Potenziali evocati

In assistenza diretta e a rimborso, per ogni singola prestazione è prevista l'applicazione di una franchigia massima di euro 10,00.

1.10 Endoscopie

- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

Nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso di esame in endoscopie operative, è garantita la copertura dell'endoscopia diagnostica e dell'eventuale costo operativo, nei limiti del massimale previsto.

In assistenza diretta e a rimborso, per ogni singola prestazione è prevista l'applicazione di una franchigia massima di euro 15,00.

1.11 Altra Diagnostica strumentale

- Spirometria
- Esame Urodinamico
- Biopsie (Tutte quale atto medico di prelievo).
- Esami istologici e citologici, anche volti a stadiazioni di tumori maligni, immunoistologia, test di responsività a terapie immunologiche, biologiche, genetiche per i tumori maligni.
- Emogasanalisi arteriosa
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

In assistenza diretta e a rimborso, per ogni singola prestazione è prevista l'applicazione di una franchigia massima di euro 10,00.

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 1.500,00 euro anno/nucleo condiviso con la garanzia Visite Specialistiche

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale solo nel caso in cui la provincia di residenza dell'Assicurato sia priva di strutture sanitarie convenzionate

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: vedasi singole garanzie
- Regime rimborsuale: vedasi singole garanzie

Esempi:

Regime di Assistenza diretta/rimborso

Massimale € 1.500,00

Costo della radiografia al ginocchio € 245,00

Franchigia € 5,00

Indennizzo € 245,00 di cui € 240,00 a carico della Compagnia e € 5,00 a carico dell'Assicurato

2. VISITE SPECIALISTICHE

2.1 Prestazioni

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche regolarmente prescritte dal medico curante, da eseguirsi esclusivamente presso medici specializzati in possesso di titolo di specializzazione rilasciato dalle università competenti.

Sono escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche e le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita.

Tra le visite specialistiche indennizzabili è prevista anche una sola prima visita psichiatrica a Nucleo, finalizzata ad accertare la presenza di un'eventuale patologia.



Sono escluse le visite erogate in modalità c.d. di Telemedicina.

2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.500,00 euro anno/nucleo condiviso con la garanzia Diagnostica Specialistica

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale solo nel caso in cui la provincia di residenza dell'Assicurato sia priva di strutture sanitarie convenzionate

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia di 5,00 euro
- Regime rimborsuale: franchigia di 5,00 euro

Esempi:

Regime di assistenza diretta/rimborso

Massimale € 1.500,00

Costo del RX torace € 65,00

Franchigia di 5,00 euro

Indennizzo € 65,00 di cui € 60,00 a carico della Compagnia e € 5,00 a carico dell'Assicurato

3. LENTI/OCCHIALI

3.1. Prestazioni



Sono rimborsate le spese sostenute per l'acquisto di lenti (comprese le lenti a contatto) ed occhiali per difetti visivi, sia da vicino che da lontano, senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall'oculista.

Il rimborso viene concesso **ogni 24 mesi** su una singola fattura, per Nucleo, avente ad oggetto l'acquisto di lenti oppure occhiali: la sua corresponsione al Titolare o ad altro componente del Nucleo familiare in copertura impedisce la presentazione di ulteriori richieste nell'arco dei 24 mesi di durata della polizza. Una nuova richiesta di rimborso potrà essere presentata solo al termine di questo periodo. L'importo massimo rimborsabile per fattura è di **euro 150,00**. L'indennizzo viene erogato una sola volta, nei limiti di euro 150,00 a fronte di una fattura uguale o superiore al rimborso previsto speso dall'Assicurato e documentato con fattura per l'acquisto di lenti (comprese lenti a contatto) e occhiali.

L'acquisto della sola montatura non sarà ammesso a rimborso. In nessun caso il massimale potrà essere raggiunto sommando più richieste nel corso dei 24 mesi. Il rimborso potrà essere concesso prima che siano trascorsi 24 mesi dalla data dell'ultima fattura liquidata solo nel caso in cui l'oculista certifichi una variazione di almeno 1.5 diottrie, sferiche o cilindriche, su un singolo occhio, per qualsiasi tipo di patologia. In tal caso la Compagnia concede il rimborso, sempre che siano trascorsi almeno 12 mesi dall'ultima fattura liquidata. In nessun caso può essere considerato sufficiente il raggiungimento della variazione di 1.5 diottrie sommando i valori sferici e cilindrici del singolo occhio, o sommando le variazioni tra occhio destro e sinistro. **Non sono ammessi a rimborso occhiali e/o lenti per finalità estetiche.**

La garanzia è estesa anche al nucleo familiare.

E' prevista l'erogazione di una tantum aggiuntiva in caso di rottura delle lenti: 75,00 euro a nucleo

È prevista l'erogazione di una tantum aggiuntiva in caso di rottura della montatura: 55,00 euro a nucleo

3.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 150,00 euro a nucleo.

Regimi di erogazione

Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 400,00 di cui € 150,00 a carico della Compagnia e € 250,00 a carico dell'Assicurato.

4. PRESIDI E PROTESI

4.1 Prestazioni

È prevista una tantum per una sola volta nell'arco del biennio l'indennizzo delle spese sostenute per l'acquisto delle seguenti apparecchiature:



- Corsetto ortopedico;
- Defibrillatore cardiaco impiantabile;
- Ginocchiera articolata post intervento chirurgico;
- Pacemaker completo di accessori;
- Plantari ortopedici, su prescrizione dello specialista ortopedico, realizzati su misura solo per le seguenti patologie: Neuroma di Morton, alluce valgo, spina calcaneare;
- Protesi acustica mono o bilaterale;
- Protesi oculare in caso di enucleazione;
- Valvole cardiache.

4.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 150,00 euro a nucleo

Regimi di erogazione

Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Costo della prestazione € 164,57

Nessuno scoperto

Indennizzo € 164,57 di cui € 150,00 a carico della Compagnia e € 14,57 a carico dell'Assicurato.

C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

Le prestazioni previste dal presente paragrafo sono erogate in forma rimborsuale e devono essere effettuate in strutture sanitarie private o in libera professione, prescritte ai fini riabilitativi.

Non rientrano in copertura le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.



1. Prestazioni

Sono riconosciute le spese per trattamenti fisioterapici e riabilitativi nei soli casi di:

- Gravi incidenti temporaneamente invalidanti; ictus cerebrale;
- Cardiopatie temporaneamente invalidanti;
- Forme neurologiche degenerative o neuro-miopatiche quali, solo a titolo esemplificativo, morbo di Parkinson, Sclerosi multipla e malattie progressive, fin quando sia possibile l'attività lavorativa;
- Interventi chirurgici cruenti e demolitivi.

Si precisa che la presente garanzia opera esclusivamente nei casi in cui la fisioterapia sia prescritta direttamente come terapia da eseguire nel caso di riabilitazione da incidente, malattia invalidante o riabilitazione post chirurgica.

Non rientrano in copertura, e quindi non sono oggetto di Indennizzo, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 1.000,00 euro anno/nucleo

Regimi di erogazione

Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

Esempio:

Regime rimborsuale

Massimale € 1.000,00

Richiesta di rimborso per massoterapia € 240,00

Nessuno scoperto/ franchigia

D) PREVENZIONE

Il pacchetto di prevenzione deve essere effettuato solo in forma diretta nelle strutture convenzionate, una sola volta a biennio e in un'unica soluzione.

I pacchetti "Prevenzione medico guidata" e "Prevenzione standard" devono considerarsi tra loro alternativi.

1. PREVENZIONE MEDICO GUIDATA

Tutte le indagini sotto elencate, usufruibili da tutti gli Assicurati in forma diretta per una volta nel corso del biennio, dovranno essere indicate da un medico guida che prescriverà tale protocollo di prevenzione.

Il **medico-guida** (medico di base, medico personale, specialista di fiducia...) è la figura di riferimento per l'esecuzione e l'interpretazione dei dati ottenuti. Oltre alle indagini di base, potrà indicare uno o più pacchetti di approfondimento dando il via a tutte le indagini contenute nel programma prescelto.



1.1. Indagini di laboratorio (uguali per tutti):

Esame Emocromocitometrico completo, Azotemia, Glicemia, Creatininemia, tempo di Protrombina, Fibrinogeno, ALT, AST, Colesterolo totale e LDL, Trigliceridi, Gamma G.T., Bilirubina totale e frazionata, Protidogramma elettroforetico.

1.2. Settori esplorabili (da indicare dal medico-guida):

1.2.1. Cardiovascolare

Visita cardiologica, Elettrocardiogramma di base e sotto sforzo, TSH Reflex

1.2.2 Oncologico femminile

Visita ginecologica, PAP Test, Mammografia (solo per donne maggiori di 40 anni), Ecografia mammaria bilaterale (al di sotto dei 40 anni), Visita dermatologica (mappatura nei), Feci ricerca sangue occulto.

1.2.3 Oncologico maschile

Visita urologica, PSA e PSA free, Visita dermatologica (mappatura nei), Feci ricerca sangue occulto.

1.2.4 Metabolico

Hb glicosilata, Uricemia, FT4, TSH

1.2.5 Infettivologico

Proteina C reattiva, D Dimero, HCV Ab Ig totali (Anti HCV totali), HBV-HBs Ag Antigene Australia (Ag di superficie)

2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: ogni due anni

Regimi di erogazione

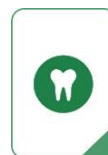
Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: franchigia euro 25,00

2. PREVENZIONE STANDARD

In alternativa alla prevenzione medico guidata, gli assistiti potranno usufruire dei seguenti pacchetti di prevenzione di tipo standard, anch'essi senza alcuna prescrizione presso le strutture convenzionate.



Non è necessaria la prescrizione di un medico curante o di un medico specialista.

2.1 Prevenzione Odontoiatrica

Le seguenti prestazioni sono fruibili per tutti gli Assicurati una volta l'anno purché nella stessa annualità non si sia già usufruito della garanzia Odontoiatria di cui alla lettera E) Prestazioni Odontoiatriche:

- Detartrasi
- Visita di prima valutazione

2.1.1 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: una volta l'anno

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

2.2 Prevenzione Cardiovascolare

Le seguenti prestazioni sono fruibili da tutti gli Assicurati ogni due anni:

- Visita cardiologica, Elettrocardiogramma di base e sotto sforzo, TSH Reflex, Colesterolo totale e LDL, Trigliceridi.

2.2.1. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: una volta ogni due anni

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: franchigia: 10,00 euro

2.3 Prevenzione del rischio oncologico femminile

Le seguenti prestazioni sono riservate alle titolari e alle componenti di sesso femminile del nucleo familiare di età > 30 anni sono fruibili una volta ogni due anni:

- Visita ginecologica, PAP Test, Mammografia (solo per donne maggiori di 40 anni), Ecografia mammaria bilaterale (al di sotto dei 40 anni), Visita dermatologica (mappatura nei), Feci ricerca sangue occulto.

2.3.1. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: una volta ogni due anni

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: franchigia 10,00 euro

2.4 Prevenzione del rischio oncologico maschile

Le seguenti prestazioni sono riservate ai Titolari e ai componenti di sesso maschile del nucleo familiare di età maggiore dei 40 anni, sono fruibili una volta ogni due anni:

- Visita urologica, PSA e PSA free
- Visita dermatologica con mappatura nei

- Feci ricerca sangue occulto.

2.4.1. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: una volta ogni due anni

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: franchigia: 10,00 euro

2.5 Prevenzione metabolica

Le seguenti prestazioni sono riservate a tutti gli Assicurati e sono fruibili una volta ogni due anni:

- Visita endocrinologica, Hb glicosilata, Uricemia, FT4, TSH

2.5.1. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: una volta ogni due anni:

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: franchigia: 10,00 euro

E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. ODONTOIATRIA (per tutti gli Assicurati)

1.1 Prestazioni

Sono previste per tutti gli Assicurati le seguenti prestazioni:

- Una visita specialistica odontoiatrica
- Una seduta di igiene professionale l'anno

Le prestazioni di cui alla presente garanzia "Odontoiatria" possono essere usufruite a condizione che nella stessa annualità non si sia già usufruito delle stesse prestazioni di cui al pacchetto "Prevenzione Odontoiatrica" di cui al punto 2.1. lettera D) Prevenzione.

Nel caso di utilizzo dell'Assistenza diretta, le strutture del Network erogano nella stessa seduta sia la visita odontoiatrica che l'igiene orale, in coerenza con quanto previsto dalla presente garanzia.

Nel caso di accesso presso una struttura non convenzionata, l'Assicurato dovrà richiedere alla struttura l'esecuzione delle due prestazioni (visita odontoiatrica e igiene orale) nella stessa seduta; nel caso la fattura riporti solo una delle due prestazioni (ad esempio la sola igiene orale), la Compagnia rimborserà comunque la fattura, alle condizioni riportate nella presente garanzia, fermo rimanendo che l'Assicurato non potrà eseguire l'altra prestazione nel corso della stessa annualità.

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: una volta l'anno

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 1.500,00

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 20%

Indennizzo € 170,00 di cui € 136,00 a carico alla Compagnia e € 34,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.500,00

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 25% minimo € 150,00

Indennizzo € 20,00 (€ 170,00 - € 150,00 perché lo scoperto del 25% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

2. IMPLANTOLOGIA (per tutti gli assicurati)

2.1 Prestazioni

La garanzia opera per un massimo di tre impianti, previsti nel medesimo piano di cura. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

La garanzia opera per il nucleo familiare ed i tre impianti sono il massimo indennizzabile nel corso della durata del contratto.

2.2 Regimi e condizioni di erogazione Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate:

- **800,00 euro per un solo impianto**
- **1.400,00 euro per due impianti**
- **1.600,00 euro per tre impianti.**

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

3. AVULSIONE (per tutti gli Assicurati)

3.1 Prestazioni

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione).

La garanzia opera per tutti gli Assicurati fino a un massimo di 4 denti anno/nucleo.

2.2 Regimi e condizioni di erogazione Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate: 4 denti anno/nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia 25,00 euro
- Regime rimborsuale: franchigia 25,00 euro

D) ALTRE GARANZIE

1. Disforia di genere

La Compagnia riconosce fino a concorrenza di 5.000,00 euro per nucleo familiare e per anno assicurativo, le spese sanitarie – di seguito riportate - sostenute durante il periodo di validità della copertura e in seguito alla sentenza di approvazione emessa dal Tribunale in data successiva alla decorrenza della copertura.

Sono comprese le spese per:

- le sedute di psicoterapia/psichiatria;
- le spese per l'endocrinologo e la cura ormonale: il rimborso dei farmaci prescritti.

In caso di intervento chirurgico per il cambio di sesso:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali effettuati durante il periodo di ricovero;
- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti il ricovero;
- esami, visite specialistica, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero;

Franchigie/scoperti: non previsti

Art. 24. Estensioni di garanzia

Sono inclusi: Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della copertura.

CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 25. Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

- 1) Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi

- 2) Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza
- 3) Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- 4) Infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill"
- 5) Infortuni derivanti dallo svolgimento di Sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti
- 6) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
- 7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- 8) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 9) spese in conseguenza di Malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
- 10) interruzione volontaria della gravidanza
- 11) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e inseriti in copertura dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi del Contratto; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi del Contratto, per tumori maligni
- 12) prestazioni, cure e interventi dentari, parodontari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di Ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale), salvo quanto previsto alla garanzia "Prestazioni odontoiatriche"
- 13) cure e interventi per eliminare o correggere Difetti fisici o le loro conseguenze, salvo quanto previsto all'art. 23
- 14) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di Infortuni o Malattie non indennizzabili ai sensi del Contratto
- 15) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)
- 16) Ricoveri in Lungodegenza
- 17) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e

secondari. Non è in ogni caso riconosciuta per tale tipologia di interventi l'Indennità sostitutiva di cui all'art. 23 punto 1.5"

- 18) correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato
- 19) prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche
- 20) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
- 21) spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini
- 22) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
- 23) Ricoveri impropri
- 24) Infortuni occorsi prima della decorrenza della copertura, le relative conseguenze e complicanze
- 25) conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

Art. 26. Persone non assicurabili

Età minima

Non possono entrare in copertura soggetti che non abbiano già compiuto 16 anni al momento della decorrenza dell'Assicurazione. Tale limite non si applica ai figli del Titolare che possono essere inseriti in copertura secondo quanto indicato nella definizione di "Nucleo familiare".

Età massima

Nessuna

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 27. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

27.1 Oneri

Denuncia

L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro alla Compagnia non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo⁹.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione della Compagnia, la richiesta di Indennizzo non può essere presentata e quindi è respinta. Per "richiesta di Indennizzo" si intende quella di accesso al Network per usufruire di prestazioni

⁹ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

in regime di Assistenza diretta oppure quella di ottenere un Rimborso o una Indennità (comunque denominata).

La Centrale operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica (i.e., non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal medico di medicina generale ai fini della cura della patologia dell'Assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un Sinistro in copertura.

La Compagnia respinge la richiesta di Indennizzo nei seguenti casi in cui si ritengono mancare gli elementi essenziali sotto richiamati:

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- Massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

Regime rimborsuale/Corresponsione di Indennità

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prestazione eseguita in struttura convenzionata
- prescrizione medica scaduta
- Massimale esaurito
- presentazione di una nuova richiesta di rimborso per una fattura già presentata a rimborso/rimborsata
- presentazione di una richiesta di indennità già richiesta/liquidata
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di Indennizzo se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: Cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure, in caso di Intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica; assenza di materiale radiografico e foto

intraorali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'Infortunio)

- non è stato indicato correttamente l'Assicurato cui il Sinistro si riferisce. Se l'Assicurato non integra la richiesta di Indennizzo entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di integrazione della Compagnia, la richiesta di Indennizzo è respinta; la domanda può comunque essere ripresentata.

Data del Sinistro

- Prestazioni ospedaliere: quella del Ricovero o, se non c'è stato Ricovero, dell'Intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita
- prestazioni fisioterapiche e odontoiatriche: quella di esecuzione della singola prestazione.

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre compagnie

Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre compagnie assicurative deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.

Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo Protezione

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati dalla Compagnia e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della copertura l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare la Compagnia
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato

- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - o estremi del testamento
 - o dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - o indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - o l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - o le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - o non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Intesa Sanpaolo Protezione a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato nel presente Contratto.

Pagamento dell'indennizzo in caso di Beneficiario minorenne o incapace d'agire

In caso di beneficiario minorenne o incapace d'agire Intesa Sanpaolo Protezione eroga l'indennizzo:

- o a chi esercita la potestà parentale
- o al Tutore
- o al Curatore
- o all'Amministratore di sostegno

dietro presentazione dell'originale o copia autenticata di Decreto del Giudice Tutelare che autorizza questi ultimi a riscuotere il capitale destinato al beneficiario minorenne o incapace.

Uso di medici, odontoiatri e strutture convenzionati

Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di attivare l'Assistenza diretta.

Non è ammesso il Regime rimborsuale.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nel sito internet www.intesasanpaoloprotezione.com nell'Area riservata e nell'app mobile.

Prestazioni Intramoenia

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

Prestazioni tra due annualità assicurative

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità assicurative rientrano nel Massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa.

Non sono ammesse fatture in acconto.

Limiti di spesa pre Ricovero/Day hospital

I limiti di spesa (per esempio Franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima di un Ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia Ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

In regime di Assistenza Diretta, nel caso in cui il Ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre Ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dal Contratto. L'Assicurato è tenuto a restituire a Intesa Sanpaolo Protezione, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una Franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato è tenuto, su richiesta della Compagnia, a restituire l'intera somma pagata dalla Compagnia alla Struttura Convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura Convenzionata se la Compagnia non aveva ancora provveduto al pagamento.

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della Cartella clinica).

27.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di Assistenza diretta o mista

a) Prima della prestazione

Sono previste 2 fasi:

- 1) richiesta del voucher**
- 2) rilascio del voucher**

Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale operativa (attiva 24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione necessaria.**

Per poter ricevere la prestazione autorizzata, l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute® e consegnare la prescrizione medica.

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'emissione del VoucherSalute® per ogni singola prestazione che deve eseguire; non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Con esclusivo riferimento alle prestazioni odontoiatriche e fisioterapiche, Intesa Sanpaolo Protezione ammette anche la possibilità che la richiesta di emissione del Voucher per la prestazione successiva alla prima sia inoltrata da parte della struttura o del medico convenzionati che si siano resi disponibili.

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono
 - • **800.09.91.72** da telefono fisso (numero verde)
 - • **0039 0422.17.44.209** per chiamate dall'estero e da mobile

Dati da fornire alla Centrale operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione o eventuali credenziali fornite dalla Compagnia
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico.

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata:
 - la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione**; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**
 - prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero: per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.

Non è richiesta per le prestazioni di prevenzione (sanitaria e odontoiatrica)

- **copia del certificato di prenotazione del Ricovero**, o dell'autorizzazione al Ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta, per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-Ricovero in regime di Assistenza diretta
- **in caso di Infortunio devono essere presentati anche:**
 - **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
 - se l'Infortunio è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**

- **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare **il Modulo CID** (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente;
 - **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione, ove previsti dal Contratto, in caso di Ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
 - **prestazioni odontoiatriche:** per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:
 - **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan**
 - **certificati di laboratorio**
- come meglio dettagliati nella tabella sotto riportata:

	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti
CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotetico e asportazione cisti	Fotografie e/o radiografie endorali. nei casi di: - estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche fattura dell'anestesista
IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)	Radiografie endorali e/o ortopanoramiche e/o Dentalscan		Radiografie endorali e/o ortopanoramiche
PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio
IGIENE ORALE (ablazione del tartaro)			Fotografie intraorali post prestazione

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Come trasmettere i documenti:

- in caso di avvenuta attivazione all'Area Riservata: tramite Area Riservata/App
- negli altri casi: tramite altra modalità utilizzabile dall'Assicurato (es. email) concordata con la Centrale Operativa

Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale operativa
- se disponibili nel territorio, **sono individuate le strutture convenzionate** (in caso di Ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione**
- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate **e la prestazione da eseguire.**

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post Ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata:

1. ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia;
2. alla fine della copertura.

Esempio 1:

se le prestazioni post Ricovero possono essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® è rilasciato il 10 Novembre, il voucher ha validità di 20 giorni per eseguire le prestazioni.

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 10/11/2026;

VoucherSalute® valido fino al 31/12/2026, per un totale di 51 giorni (in luogo dei convenzionali 90 giorni dalla data di emissione).

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 90 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

- **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta**, la Centrale operativa:

- rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: Franchigie, scoperti)
- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
- invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 90 giorni dalla data di emissione, a meno di limiti che intervengano prima dei 90 giorni per:

1. il raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o
2. La cessazione della copertura.

Superato il termine di validità di 90 giorni, in presenza di copertura, l'Assicurato potrà richiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®.

Esempio 1:

Data di dimissione ospedaliera a seguito di ricovero: 10/03/2026

Termine di indennizzo per le spese post ricovero: 120 giorni dalle dimissioni (10/07/2026)

Richiesta VoucherSalute®: 05/05/2026

VoucherSalute® emesso il 10/05/2026;

VoucherSalute® valido fino al 10/07/2026, per un totale 60 giorni dal 10/05/2026.

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 10/12/2026;

VoucherSalute® valido fino al 31/12/2026, per un totale 21 giorni dal 10/12/2026.

Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullare il voucher prima dell'erogazione della prestazione presso la struttura sanitaria, può farlo dalla propria area riservata.

Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute®.

La preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate non è necessaria nei soli casi di emergenza (→ qui sotto, par. b).

Segnalazione di nuove Strutture

Se hanno interesse per una struttura sanitaria che non è già parte del Network, gli Assicurati possono segnalare, perché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento. È sufficiente proporre la candidatura nel sito www.previmedical.it alla sezione "Richiedi una convenzione".

b) **Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero)**

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa nonostante si sia deciso di utilizzare comunque una Struttura del Network

- l'Assicurato o altro soggetto legittimato può chiedere il rilascio del voucher **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del Ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- l'Assicurato o altro soggetto legittimato contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- **il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa** (per mail assistenza.pmisalute@previmedical.it) **allegando** il referto del medico che ha disposto il Ricovero d'urgenza o, nel caso di Infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'Infortunio.

La valutazione finale sulla effettiva esistenza del requisito di gravità rispetto al singolo caso è comunque effettuata dalla Centrale operativa; l'attivazione della procedura d'urgenza è subordinata a tale valutazione.

La procedura d'urgenza non può essere attivata per Ricoveri in regime di Assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale operativa.

c) **La prenotazione**

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione dalla Compagnia, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

d) Centrale operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, ad eccezione dei casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero), la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

e) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, Franchigie, prestazioni non previste dal Contratto), e, in caso di Ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, Cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)
- la Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili secondo quanto previsto dal Contratto
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dal Contratto, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di Ricovero Cartella clinica completa contenente anche la S.D.O., radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹⁰,...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dal Contratto (per es.: Franchigie e scoperti, superamento di Massimali).

f) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta, se si accerta che l'Assicurazione non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione

- la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve
 - restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
 - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici nel caso in cui la Compagnia non avesse ancora effettuato il pagamento.

27.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso / Richiesta di Indennità

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea, b) on line**. In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato cui si riferisce il Sinistro e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.

¹⁰ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

- le prestazioni devono
 - essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni, ad eccezione delle prestazioni odontoiatriche**; se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto.**
 - **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**
 - **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**
 - **essere comprovate da idonea documentazione di spesa rilasciata da Istituto di Cura, da Centro Medico o da professionista sanitario o comunque da ente congruente con la prestazione effettuata; la fattura emessa deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi.**

Nel caso in cui la richiesta di indennizzo abbia ad oggetto più prestazioni relative ad uno stesso evento e riconducibili a diverse garanzie, la fattura presentata dall'Assicurato deve contenere il dettaglio dell'importo specifico sostenuto per ogni prestazione, in modo che ciascuna possa essere ricondotta alla relativa garanzia.

Nel caso in cui l'Assicurato non riesca ad ottenere tale dettaglio dei costi, Intesa Sanpaolo Protezione lo ricava dividendo l'importo totale della fattura presentata per il numero delle prestazioni effettuate. Ogni singola prestazione viene quindi ricondotta alla propria garanzia, con applicazione delle relative regole (es. massimale, scoperto, franchigia).

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, la Compagnia può sempre chiederne anche gli originali.

La Compagnia si impegna a mettere in pagamento l'Indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione pratica e non come accredito) all'Assicurato entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.intesasanpaoloprotezione.com). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, Intesa Sanpaolo Protezione prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo (incluso il "Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia", da sottoscrivere con firma specifica in aggiunta a quella da apporre in calce alla richiesta di rimborso). In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

- 1. documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico o da professionista sanitario o

comunque da ente congruente con la prestazione effettuata; la fattura emessa deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola

2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere
3. **copia conforme della Cartella clinica completa, contenente anche** la S.D.O., in caso di Ricovero anche in Day Hospital
4. dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
5. **certificato del medico oculista o dell'ottico Optometrista abilitato**, in caso di acquisto lenti. In ogni caso l'acquisto degli occhiali/lenti a contatto deve avvenire in vigenza di copertura. Nel caso in cui l'oculista certifichi una variazione di almeno 1.5 diottrie, sferiche o cilindriche, su un singolo occhio, per qualsiasi tipo di patologia, trascorsi 12 mesi dal primo acquisto di lenti/occhiali, sarà necessario inviare il certificato dell'oculista con la modifica del visus.

Per la rottura delle lenti/montatura è richiesta anche la foto e la dichiarazione dell'ottico che attesta la rottura delle lenti/montatura già oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto.

La richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'annualità.

6. **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti**, in caso di Ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
7. **per trattamenti fisioterapici:**
 - i. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
 - ii. indicazione del **titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazione
 - iii. in caso di ciclo di prestazioni, il calendario rilasciato dal Centro medico
8. per prestazioni in **Regime misto**: l'Assicurato deve presentare anche:
 - un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata che attesta il pagamento delle prestazioni dell'équipe non convenzionata, oppure
 - prova del pagamento degli onorari medici (per esempio copia del bonifico bancario eseguito)

9. per le prestazioni dentarie: **le radiografie e i referti radiografici precedenti all'effettuazione della prestazione**

10. in caso di **Infortunio** devono essere presentati anche:

- **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
- se l'Infortunio è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo. In caso di incidente stradale**: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare **il Modulo CID** (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.
c/o PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata (**www.pmisalute.it - Area Riservata – sinistri**)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che la Compagnia considera equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Regime rimborsuale, se si accerta che l'Assicurazione non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione

- la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato all'Assicurato

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli¹¹:

Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Art. 8 - Altre assicurazioni/contratti

Art. 9 - Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso

Art. 10 - Pagamento del Premio - Anagrafica

Art. 11 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

Art. 20 - Foro competente

Art. 25 - Esclusioni

Art. 26 - Persone non assicurabili

Art. 27 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

¹¹ Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.

Allegato 1: Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per sinistro.

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Massimale	100.000,00 euro
1.1 Ricoveri medici (allegato 2)	
Condizioni:	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia per il titolare; Franchigia di 250,00 per il nucleo
- rimborso solo nel caso in cui la provincia di residenza dell'Assicurato sia priva di strutture sanitarie convenzionate	Nessuno scoperto/franchigia per il titolare; Franchigia di 250,00 per il nucleo
- misto	
• Diretta (per la parte di struttura convenzionata)	Nessuno scoperto/franchigia per il titolare; Franchigia di 250,00 per il nucleo
• Rimborso (per l'equipe medica e/o prestazione non convenzionata)	Nessuno scoperto/franchigia per il titolare; Franchigia di 250,00 per il nucleo
1.2 Ricoveri chirurgici (allegato 3)	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia per il titolare; Franchigia di 500,00 per il nucleo
- rimborso solo nel caso in cui la provincia di residenza dell'Assicurato sia priva di strutture sanitarie convenzionate	Nessuno scoperto/franchigia per il titolare; Franchigia di 500,00 per il nucleo
- misto	
• Diretta (per la parte di struttura convenzionata)	Nessuno scoperto/franchigia per il titolare; Franchigia di 500,00 per il nucleo
• Rimborso (per l'equipe medica e/o prestazione non convenzionata)	Nessuno scoperto/franchigia per il titolare; Franchigia di 500,00 per il nucleo
1.3 Ricoveri in lungodegenza	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia per il titolare; Franchigia di 250,00 per il nucleo
- rimborso solo nel caso in cui la provincia di residenza dell'Assicurato sia priva di strutture sanitarie convenzionate	Nessuno scoperto/franchigia per il titolare; Franchigia di 250,00 per il nucleo
- misto	
• Diretta (per la parte di struttura convenzionata)	Nessuno scoperto/franchigia per il titolare; Franchigia di 250,00 per il nucleo
• Rimborso (per l'equipe medica e/o prestazione non convenzionata)	Nessuno scoperto/franchigia per il titolare; Franchigia di 250,00 per il nucleo
1.4 Ricovero in day surgery	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
- rimborso solo nel caso in cui la provincia di residenza dell'Assicurato sia priva di strutture sanitarie convenzionate	Nessuno scoperto/franchigia
- misto	
• Diretta (per la parte di struttura convenzionata)	Nessuno scoperto/franchigia
• Rimborso (per l'equipe medica e/o prestazione non convenzionata)	Nessuno scoperto/franchigia
Pre-ricovero	7 gg
Interventi ricostruttivi	5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria
Indennità sostitutiva per ricovero	120 euro al giorno per 90 giorni
Neonati	15.000 euro quale contributo per spese sostenute

	per una sola volta in 24 mesi
Condizioni:	
- rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
Rottura delle lenti	75,00 euro una tantum a nucleo
Rottura della montatura	55,00 euro una tantum a nucleo
4. Presidi e Protesi	
Massimale	150,00 euro a nucleo una tantum a biennio
Condizioni:	
- rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE	
Trattamenti fisioterapici post riabilitazione da incidente, malattia invalidante e riabilitazione post chirurgica	
Massimale	1.000,00 euro anno /nucleo
Condizioni:	
- rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
D) PREVENZIONE	
1. Prevenzione medico-guidata	
1.1 Indagini di laboratorio (uguali per tutti)	
1.2 Settori esplorabili (da indicare a cura del medico – guida):	
Cardiovascolare	
Oncologico femminile	
Oncologico maschile	
Metabolico	
Infettivologico	
Massimale	Una volta ogni due anni
Condizioni:	
- diretta	franchigia 25,00 euro
2. Prevenzione standard	
2.1 Prevenzione odontoiatrica	
Massimale	Una volta l'anno
Condizioni	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
2.2 Prevenzione cardiovascolare	
Massimale	Una volta ogni due anni
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 10,00 euro
2.3 Prevenzione del rischio oncologico femminile	
Massimale	Una volta ogni due anni
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 10,00 euro
2.4 Prevenzione del rischio oncologico maschile	
Massimale	Una volta ogni due anni
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 10,00 euro
2.5 Prevenzione metabolica	
Massimale	Una volta ogni due anni
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 10,00 euro
E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
ODONTOIATRIA (per tutti gli assicurati)	
Una visita specialistica odontoiatrica	
Una seduta di igiene professionale	
Massimale	Una volta all'anno
Condizioni:	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	Nessuno scoperto/franchigia

IMPLANTOLOGIA (per tutti gli assicurati)	
Massimale	<ul style="list-style-type: none"> - 800,00 euro per un solo impianto - 1.400,00 euro per due impianti - 1.600,00 euro per tre impianti
Condizioni:	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
AVULSIONE (per tutti gli Assicurati)	
Massimale	4 denti anno/nucleo
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 25,00 euro
- rimborso	Franchigia 25,00 euro
F) ALTRE PRESTAZIONI	
Disforia di genere	<ul style="list-style-type: none"> - Sedute di psicoterapia/psichiatria - spese per l'endocrinologo e la cura ormonale: rimborso farmaci prescritti - intervento chirurgico per il cambio di sesso - assistenza medica e infermieristica, cure anche omeopatiche, esami e medicinali durante il periodo di ricovero spese nei 120 giorni pre / 120 esami post ricovero
Massimale	5.000 euro
Condizioni	
- rimborso	Nessuna franchigia/scoperto



Allegato 2: Elenco Patologie di importanza rilevante ammesse

- Anemia acuta con Hb <8 gr/dl
- Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva(BPCO) - Fase di riacutizzazione
- Diabete scompensato in trattamento insulinico
- Fasi acute di malattie reumatiche, immunologiche, autoimmuni
- Infarto miocardico
- Infezioni febbrili di qualsiasi organo o apparato che richiedano certezza diagnostica o siano resistenti alle terapie antibiotiche dopo 7 giorni di cure domiciliari
- Insufficienza cardiorespiratoria scompensata
- Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure; terapia del dolore e cure palliative terminali
- Patologie infiammatorie acute dell'intero distretto addomino pelvico
- Patologie infiammatorie in acuzie dei distretti centrali cuore e grandi vasi e periferici venoso ed arterioso ed eventuali complicanze (embolia, stenosi, ecc.)
- Politraumatismi gravi che non necessitano di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato.
- Sindromi influenzali in fase di complicanza e/o di superinfezione batterica dopo 7 giorni di cure domiciliari
- Tiroiditi acute con interessamento cardiaco



Allegato 3: Elenco interventi chirurgici

Qualsiasi neoplasia maligna di organo od apparato. La diagnosi per la presa in carico ed il successivo rimborso dovrà essere supportata da certificazione di importante sospetto diagnostico supportato da idonea documentazione clinica (Citologia, istologia, Diagnostica di immagine anatomica e metabolica, markers tumorali etc.). La presa in carico, secondo questa metodologia, dà una precisione diagnostica molto elevata ma non totalmente certa. Laddove la diagnosi istologica finale risulti in una situazione di benignità dovrà essere comunque onorata, secondo quanto preso in carico, con la diagnosi iniziale.

NEUROCHIRURGIA

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
Interventi di cranioplastica
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
Asportazione tumori dell'orbita
Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
Interventi sul plesso brachiale
Intervento per Ernie del disco lombo sacrali

OCULISTICA

Cataratta ed interventi sul cristallino con eventuale vitrectomia
Calazio
Retina intervento per distacco
Interventi chirurgici per glaucoma

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia).
Corde vocali decorticazione o Cordotomia in microlaringoscopia.
Laringectomia parziale
Turbinati inferiori svuotamento (Come unico intervento)
Interventi per poliposi nasale
Ricostruzione della catena ossiculare
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale
Tiroidectomia totale con linfadenectomia
Resezione Esofago Cervicale
Dissezione Radicale del Collo
Escissione Dotto Tireoglosso

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per fistole bronchiali
Interventi per echinococchi polmonare
Pneumectomia totale o parziale
Intervento chirurgico per Enfisema bolloso



CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Interventi sul cuore e grandi vasi con qualsiasi via di accesso sul torace
Tutti gli interventi in sala Emodinamica sul cuore
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Endoarterectomia della arteria carotidea e della arteria vertebrale
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasverso
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Asportazione di tumore glomico carotideo
Safenectomia per grandi vasi (solo varici della grande safena)

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Chirurgia bariatrica Sleeve Gasterctomy per BMI superiore a 33
Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi con esofagoplastica
Intervento di Nissen per reflusso gastroesofageo
Intervento per mega-esofago
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Interventi di amputazione del retto-ano
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Drenaggio di ascesso epatico
Ernia inguinale e femorale
Interventi per echinococcosi epatica
Resezioni epatiche
Resezione gastrica per ulcere non curabili farmacologicamente
Colecistectomia qualsiasi tecnica
Interventi per ricostruzione delle vie biliari
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomia
Fistole entero-enteriche
Anastomosi entero-esofagee
Polipectomia per via Laparotomica
Intervento per prolasso rettale

UROLOGIA

Prostatectomia sottocapsulare
Varicocele in microchirurgia
Surrenalectomia
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Calcolosi urinaria

GINECOLOGIA

Isterectomia con eventuale microchirurgia e annessiectomia
Sacrocoldpopessi per via Addominale per colpocistorettocele
Miomectomia per via vaginale



Interventi per endometriosi

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi sul ginocchio in artroscopia

Meniscectomia in artroscopia

Osteosintesi grandi, medi e piccoli segmenti

Riparazione Cuffia dei rotatori ed acromionplastica spalla

Interventi per costola cervicale

Interventi di stabilizzazione vertebrale

Interventi di resezione di corpi vertebrali

Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei

Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

Interventi al tunnel carpale e dito a scatto

CHIRURGIA MAXILLO- FACCIALE

Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali superiore al 25%

N.B Tutti gli interventi possono essere eseguiti con la tecnica migliore di scelta da parte del chirurgo operatore (endoscopia, a cielo aperto, laparoscopia, robotica, etc.).

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

Via S. Francesco d'Assisi n. 10, 10122 Torino (TO)

Tel. +39 011 5554015

servizioclienti@pec.intesasanpaoloprotezione.com

comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.

Impresa iscritta al numero 1.00125 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni

INFORMATIVA NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (DI SEGUITO L'INFORMATIVA)

L'informativa si rivolge a tutti i clienti e a tutti coloro che, a vario titolo, sono collegati agli stessi, i cui dati ci sono stati forniti da altri soggetti¹ nelle fasi precontrattuali o in esecuzione di un contratto (ad esempio: contraente, assicurato, richiedenti il preventivo e/o eventuali legali rappresentanti, proprietario del veicolo assicurato se diverso dal contraente o proprietario del veicolo del quale si intende utilizzare la classe di merito nel caso di agevolazione della c.d. "Legge Bersani – L. 104/2008", richiedente il preventivo, danneggiati e/o eventuali loro legali rappresentanti).

Il contenuto aggiornato dell'informativa potrà essere consultato nella sezione "Privacy" del sito www.intesasanpaoloprotezione.com

1. COSA SI INTENDE PER TRATTAMENTO DI DATI? CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO E QUALI SONO I DATI DI CONTATTO?

Il GDPR definisce il "**dato personale**" come "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile".

Il GDPR definisce anche puntualmente cosa si intende per "**trattamento**", ossia "qualunque operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione."

In qualità di "**Titolare del trattamento**", Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., società del Gruppo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, agendo nel pieno rispetto di principi di correttezza, liceità e trasparenza, determina i mezzi e le finalità di ognuna di queste "operazioni" che coinvolge, anche solo potenzialmente, i tuoi dati personali, tutto ciò garantendo la tua riservatezza e tutelando appieno i tuoi diritti.

Questi sono i riferimenti utili **per contattarci**:

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., Sede legale: Via San Francesco d'Assisi 10 – 10122 Torino.

comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com

www.intesasanpaoloprotezione.com

2. CHI È IL "RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI"? COME LO PUOI CONTATTARE?

Il "Responsabile della protezione dei dati" (DPO – Data Protection Officer) è una figura di garanzia che abbiamo provveduto a nominare e a cui ci si potrà rivolgere per tutte le questioni relative al trattamento dei dati personali e per esercitare i diritti previsti dal GDPR, contattandolo al seguente indirizzo e-mail:

dpo@intesasanpaoloprotezione.com

¹ Ad esempio eventuali coobbligati, altri operatori assicurativi (quali agenti, mediatori di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); società del Gruppo Intesa Sanpaolo di cui Lei è già cliente; soggetti ai quali per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura assicurativa, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni o sono tenuti a comunicarci informazioni; società che svolgono attività di gestione relative al dispositivo "Viaggia con me Box" per le polizze che ne prevedono l'installazione.



3. QUALI DATI PERSONALI TRATTIAMO?

I dati personali che trattiamo e proteggiamo appartengono alle seguenti categorie:

- **dati identificativi e anagrafici**, come il nome e il cognome, la denominazione, il codice fiscale, la partita IVA, la data e il luogo di nascita, l'indirizzo di residenza/domicilio, il domicilio fiscale, l'indirizzo di corrispondenza, il genere, la nazionalità, e i dati relativi ai documenti identificativi;
- **dati relativi all'immagine**, come la fotografia presente sul documento identificativo;
- **dati di contatto**, come il numero del telefono fisso e del cellulare, l'indirizzo e-mail e la PEC;
- **dati relativi alla situazione personale e familiare**, come lo stato civile e la composizione del nucleo familiare;
- **dati appartenenti a categorie "particolari"**, ad esempio eventuali dati biometrici e i dati relativi alla salute. Si tratta dei dati che in passato erano definiti "sensibili" e richiedono una protezione "particolare" ed uno specifico consenso.

Inoltre, per le sole polizze Motor, trattiamo:

- **dati derivanti dall'utilizzo del dispositivo "ViaggiaconMe"**, qualora la polizza preveda l'installazione della box;
- **dati acquisiti da pubbliche banche dati²**,
- **dati dei soggetti terzi** interessati dal contratto assicurativo (ad esempio contraente, proprietario del veicolo assicurato se diverso dal contraente o proprietario del veicolo del quale si intende utilizzare la classe di merito nel caso di agevolazione della c.d. "Legge Bersani – L. 104/2008", danneggiati e/o eventuali loro legali rappresentanti).

4. PERCHÉ TI CHIEDIAMO DI FORNIRCI I TUOI DATI?

Abbiamo bisogno dei tuoi dati per istruire, concludere e dare corretta esecuzione ai contratti e per adempiere ai relativi obblighi di legge.

Trattiamo inoltre i tuoi dati per finalità di promozione di prodotti e servizi della Società e del Gruppo Intesa Sanpaolo.

Se deciderai di non fornirci i tuoi dati, ci troveremo nell'impossibilità di attivare alcuni dei nostri servizi e di dare esecuzione ai contratti.

5. DA CHI RACCOGLIAMO I TUOI DATI? COME LI TRATTIAMO?

I dati che trattiamo possono avere provenienza:

- **Diretta**: se ce li hai comunicati tu nelle occasioni in cui hai interagito con noi;
- **Indiretta**: se li abbiamo raccolti da terzi (ad esempio dal contraente di polizza) o da fonti accessibili al pubblico (ad esempio dalla Camera di Commercio e da Albi Professionali e da altre Banche Dati di settore), in osservanza delle normative di riferimento.

Ci prendiamo in ogni caso cura dei tuoi dati: li trattiamo mediante strumenti manuali, informatici e telematici e ne garantiamo la sicurezza e la riservatezza.

² Informazioni tecniche relative al veicolo, attestato di rischio, verifica della copertura assicurativa, etc.



I tuoi dati possono essere utilizzati all'interno di processi decisionali automatizzati implementati dalla società al fine di dare esecuzione al contratto e/o far fronte ad adempimenti obbligatori previsti dalla normativa vigente (per esempio all'interno dei processi di disdetta dei contratti sottoscritti dalla clientela). L'elenco completo dei trattamenti decisionali automatizzati agiti dalla società è descritto nell'allegato "processi decisionali automatizzati agiti da Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A." sempre disponibile nella versione più aggiornata nella sezione Privacy del sito www.intesasanpaoloprotezione.com

6. SU QUALI BASI SI FONDANO I TRATTAMENTI CHE EFFETTIAMO? PER QUALI FINALITÀ TRATTIAMO I TUOI DATI?

Il trattamento dei dati personali è lecito solamente se la sua finalità è sostenuta da una base giuridica valida, ricompresa cioè tra quelle previste dal GDPR.

Ti mostriamo sinteticamente, in corrispondenza dei diversi fondamenti giuridici previsti, quali sono i trattamenti che effettuiamo e le finalità che perseguiamo.

LA BASE GIURIDICA	LE NOSTRE FINALITÀ
<p>a) <i>Consenso</i> (art. 6.1 lettera a) del GDPR e art. 9.2 lettera a) del GDPR)</p> <p>----- -----</p> <p>Questi trattamenti sono possibili solo se hai rilasciato il consenso per la specifica finalità. Hai sempre e comunque il diritto di revocare la totalità o parte dei consensi rilasciati.</p>	<p><u>Effettuiamo</u> attività di marketing diretto e indiretto ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - svolgiamo attività funzionali alla promozione e vendita di prodotti e servizi di società del Gruppo Intesa Sanpaolo o di società terze ed effettuiamo indagini di mercato e di customer satisfaction sia attraverso l'uso di posta cartacea e di chiamate telefoniche tramite operatore; - comunichiamo ad altre società del Gruppo Intesa Sanpaolo (quali Assicurazioni, Banche, SIM, SGR), che provvederanno a fornirti una propria informativa, per lo svolgimento, da parte loro, di attività Promo-Commerciali con riferimento a prodotti e/o servizi propri o di terzi. <p><u>Trattiamo</u> dati appartenenti a categorie "particolari" solo se strettamente necessario per finalità specifiche, ad esempio per la verifica dell'assumibilità del rischio e delle clausole di esclusione, attraverso l'analisi del questionario sanitario e/o del rapporto di visita medica, nell'ambito della gestione dei sinistri, o dell'attività di monitoraggio della corretta esecuzione delle prestazioni effettuate dalle eventuali terze parti coinvolte (ad es.: strutture sanitarie convenzionate).</p>
<p>b) <i>Contratto e misure precontrattuali</i> (art. 6.1 lettera b) del GDPR)</p>	<p><u>Prestiamo</u> i servizi richiesti e diamo esecuzione ai contratti o agli atti relativi alle fasi precontrattuali.</p>
<p>c) <i>Obbligo di legge</i> (art. 6.1 lettera c) del GDPR)</p>	<p><u>Adempiamo</u> a prescrizioni normative, ad esempio in ambito fiscale e in materia di antiriciclaggio, di anticorruzione e di prevenzione delle frodi nei servizi di pagamento.</p> <p><u>Adempiamo</u> a disposizioni dell'Autorità, ad esempio in relazione a richieste specifiche dell'Autorità Giudiziaria e/o delle Autorità di Vigilanza (IVASS, COVIP, Garante Privacy, ecc.).</p>



d) *Legittimo interesse*
(art. 6.1 lettera f) del
GDPR)

Perseguiamo **interessi legittimi** nostri o di terzi, che si dimostrino leciti, concreti e specifici, dopo aver appurato che ciò non comprometta i tuoi diritti e le tue libertà fondamentali.

Tra questi rientrano, ad esempio, la sicurezza fisica, la sicurezza dei sistemi IT e delle reti, la prevenzione delle frodi e la produzione di statistiche, l'esercizio e la difesa di un diritto, la gestione delle operazioni societarie, le attività di caring rivolte alla clientela, lo sviluppo e aggiornamento di modelli predittivi e descrittivi, nonché il trasferimento dei dati personali all'interno del Gruppo Intesa Sanpaolo per finalità amministrative.

Utilizziamo, inoltre, il legittimo interesse per lo scambio di informazioni con le società del Gruppo ISP, per finalità amministrative e nell'ambito della gestione congiunta del cliente condiviso, che si fonda sul modello distributivo di Gruppo. Tale attività è volta a garantire una consulenza efficace, basata sulla adeguata conoscenza dei clienti, nonché alla creazione di una offerta di prodotti e servizi adeguati alle reali esigenze degli stessi.

L'elenco completo degli interessi legittimi che perseguiamo è descritto nell'allegato "Gli interessi legittimi" sempre disponibile nella versione più aggiornata nella sezione "Privacy" del sito www.intesasanpaoloprotezione.com

7. CHI POTREBBE RICEVERE I DATI CHE CI HAI FORNITO?

Possiamo comunicare i tuoi dati ad altri soggetti, sia all'interno che all'esterno dell'Unione Europea, ma **solo per le specifiche finalità indicate in informativa secondo le basi giuridiche previste dal GDPR.**

Possono essere destinatari dei tuoi dati:

- le **Autorità** (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc...) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi (es. SCIPAFI).
- i **sistemi pubblici informativi** istituiti presso le pubbliche amministrazioni, tra cui il PRA (Pubblico Registro Automobilistico);
- soggetti appartenenti al **Gruppo Intesa Sanpaolo**, ad esempio in qualità di distributori dei nostri prodotti assicurativi e fornitori di servizi, nominati responsabili esterni del trattamento per conto della Società;
- i **Soggetti terzi** (società, liberi professionisti, etc..), ad esempio:
 - soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori;
 - agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori diretti, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (banche, Poste Italiane, Sim, Sgr, Società di Leasing, ecc.);
 - società di servizi per il quietanzamento, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri tra cui la centrale operativa di assistenza, società addette alla gestione delle coperture assicurative connesse alla tutela giudiziaria, cliniche



convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo della Società ivi compresa la posta elettronica); società di servizi postali (per trasmissione imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti;

- fondi sanitari, casse sanitarie, società di mutuo soccorso;
- medici e strutture sanitarie convenzionate;
- società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari della Società che svolgono per conto di quest'ultima attività di consulenza e assistenza;
- soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (help desk, call center, ecc.);
- organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate;
- gestione della comunicazione alla clientela, nonché archiviazione di dati e documenti sia in forma cartacea che elettronica;
- rilevazione della qualità dei servizi;
- altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria;
- società terze in qualità di provider per la gestione del dispositivo "ViaggiaconMe" per le polizze per cui è prevista la sua installazione.

L'elenco dei destinatari dei dati personali è disponibile alla sezione Privacy del sito www.intesasanpaoloprotezione.com.

8. COME PROTEGGIAMO I TUOI DATI QUANDO LI TRASFERIAMO FUORI DALL'UNIONE EUROPEA O A ORGANIZZAZIONI INTERNAZIONALI?

Di norma trattiamo i tuoi dati all'interno dell'Unione Europea; **per motivi tecnici od operativi**, potremmo però trasferire i dati verso:

- paesi al di fuori dell'Unione Europea o organizzazioni internazionali che, secondo quanto stabilito dalla Commissione Europea, garantiscono un livello di protezione adeguato;
- altri paesi, basandoci, in questo caso, su una delle "garanzie adeguate" o su una delle specifiche deroghe previste dal GDPR.

Inoltre, i tuoi dati possono essere trasmessi, per finalità connesse alla **prevenzione e di contrasto del terrorismo e del suo finanziamento**, alle Autorità pubbliche degli Stati Uniti d'America, con cui l'Unione Europea ha concluso uno specifico accordo³.

9. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I TUOI DATI?

Per obbligo di legge conserviamo i tuoi dati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui sei parte; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto, nel caso questo in cui non si trasformi in contratto.

³ G.U. Unione Europea L 195/5 del 27.7.2010.

Li tratteremo per un periodo maggiore esclusivamente nei casi espressamente previsti dalla legge o per perseguire un interesse legittimo, nostro o di terzi.

10. QUALI SONO I TUOI DIRITTI?

Il GDPR attribuisce alle persone fisiche, ditte individuali e/o liberi professionisti ("Interessati") specifici diritti, tra i quali il diritto di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, nonché la possibilità di opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento. È inoltre contemplato il diritto di richiedere un intervento umano laddove sia previsto un processo decisionale automatizzato (compresa la profilazione).

Per esercitare i tuoi diritti puoi scrivere alla casella mail dpo@intesasnanpaoloprotezione.com

Effettueremo **gratuitamente** tutte le azioni e le comunicazioni necessarie. Solo qualora le tue richieste dovessero dimostrarsi manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, potremo addebitarti un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le tue richieste.

Fatto salvo il tuo diritto di ricorrere in ogni altra sede amministrativa o giurisdizionale, qualora ritenessi che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile potrai proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente.

I tuoi diritti sono meglio descritti nel documento "I diritti degli interessati" disponibile sulla sezione "Privacy" del sito www.intesasnanpaoloprotezione.com

Accesso alla scontistica presso i negozi fisici "Salmoiraghi & Viganò" e "Grand Vision" (Gruppo EssilorLuxottica)

In forza di una convenzione stipulata tra la Compagnia ed EssilorLuxottica Italia S.p.A., agli Assicurati in copertura (quindi finché il Contratto di assicurazione è attivo nei loro confronti) viene riconosciuta la possibilità di accedere a specifici sconti su una serie di articoli venduti presso i negozi fisici "Salmoiraghi & Viganò" e "Grand Vision" (Gruppo EssilorLuxottica).

Per conoscere ed eventualmente usufruire della scontistica riservata, gli assicurati devono:

- o accedere al Portale Convenzioni EssilorLuxottica (<https://www.convenzioniretailottica.it>) e, seguendo le istruzioni ivi riportate, registrarsi e inserire nel campo "codice convenzionamento" il seguente codice azienda riservato "10691";
- o prendere visione della scontistica dedicata (variabile nel corso del tempo) e dei negozi aderenti all'iniziativa;
- o cliccare sul tasto "Scarica coupon" per ottenere il Coupon sconto da utilizzare in negozio (il Coupon può essere stampato o mostrato dal proprio smartphone o tablet).

Alla prima registrazione si entrerà direttamente all'interno del Portale Convenzioni; per i successivi ingressi è necessario loggarsi con le credenziali create in fase di registrazione (e-mail e password).

Ogni Coupon sarà utilizzabile una sola volta.

Verifica il Coupon sconto per sapere se la scontistica è cumulabile anche con altre promozioni in essere presso i negozi "Salmoiraghi & Viganò" e "Grand Vision" (Gruppo EssilorLuxottica).

Limitazioni: se nel Contratto è prevista la garanzia "Lenti/occhiali", gli Assicurati che ricevono un indennizzo in regime di Assistenza Diretta non potranno servirsi del Coupon sconto per ridurre la parte di spesa rimasta a proprio carico.

Esempio:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 400,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Scoperto 20%

Indennizzo € 400,00 di cui € 320,00 a carico della Compagnia e € 80,00 a carico dell'Assicurato.

In tal caso non è possibile utilizzare il suddetto Coupon sconto presso i negozi "Salmoiraghi & Viganò" e "Grand Vision" (Gruppo EssilorLuxottica) per ridurre la parte di spesa – in questo caso € 80,00 – rimasta a carico dell'Assicurato.