

Copertura Sanitaria
per i prosecutori volontari
delle Aziende Associate a
PMI SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

MODELLO FI2017

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. 17
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 36
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 37

ALLEGATI

- Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)
- Elenco Interventi Chirurgici
- Domanda di riconoscimento della perdita di autosufficienza

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).

Compagnia: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

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

Contratto: CDA.

Day Hospital: Ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche, 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 per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato 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 ambulatoriale: intervento di piccola chirurgia senza Ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.

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

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.

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 nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS¹).

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

¹ Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

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.

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.intesasanpaoloprotezione.com o nell'App mobile.

Nucleo familiare: il coniuge (non legalmente ed effettivamente separato), il convivente more uxorio o la persona unita civilmente, figli fino al compimento del 26° anno di età, 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 e i minori in affidamento), fiscalmente a carico del titolare della copertura.

Parti: la Compagnia e il Contraente.

Polizza: Assicurazione.

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

Protesi odontoiatriche: dispositivi medici individuali realizzati per riabilitare le funzioni orali dei pazienti sprovvisti di uno o più denti. Possono essere fisse o mobili, parziali o totali.

Protesi ortodontiche: dispositivi medici individuali utilizzati per prevenire, intercettare e correggere i vari tipi di malocclusione, malposizione e disfunzione dei denti e delle strutture correlate.

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 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/Interventi chirurgici odontoiatrici:** singolo Ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo Intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post e, per gli interventi chirurgici odontoiatrici, implantologia post-chirurgica).

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 o, se non c'è stato Ricovero, dell'Intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
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. e-mail).

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. Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le prestazioni di telemedicina.

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 30/09/1996² e n. 2446 del 21/07/2006³

Sito: www.intesasanpaoloprotezione.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com

Art. 2. Carenza

È prevista una carenza di due mesi unicamente nella fattispecie disciplinata all'art. 11.5 lettera a, nel caso in cui il prosecutore volontario decida di rientrare in copertura dopo avervi precedentemente rinunciato.

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 scadenze⁴.

Esempio: se la rata di Premio scade il 31 dicembre 2024, Intesa Sanpaolo Protezione può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2025.

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

- proscrittori volontari delle aziende associate al Fondo di PMI SALUTE (Titolari)
- familiari dei Titolari, come identificati nella definizione di Nucleo familiare, a fronte del versamento di un Premio aggiuntivo

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

² G.U. 236 dell'8 ottobre 1996

³ G.U. 185 del 10 agosto 2006

⁴ Art. 2952 "Prescrizione in materia di Assicurazione" del Codice civile

Se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio sono ex-dipendenti della stessa azienda 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 ex-dipendenti dello stesso Associato coniugati o conviventi more uxorio devono essere inseriti in copertura solo nel Nucleo familiare di uno dei coniugi o conviventi.

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'Assicurazione⁵.

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 altri⁶. 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 riferimento⁷.

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 dell'01.01.2026 se il Premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

9.2 Tacito rinnovo

Il contratto non prevede il tacito rinnovo, pertanto alla scadenza contrattuale l'assicurazione risulterà priva di ulteriore effetto.

⁵ 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.

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

⁷ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

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 mensile.

La prima rata di Premio deve essere versata dal Contraente alla Compagnia con bonifico bancario, entro le ore 24 del 30° giorno dal ricevimento del Certificato di polizza. 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 30° giorno dal ricevimento del Certificato di polizza ed entro 6 mesi da questa data), 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 indicata nel Certificato di polizza, 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 30 giorni successivi alla ricorrenza mensile, 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. 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.

- Anagrafica **provvisoria**: entro il 31 luglio 2023.
- Anagrafica **definitiva**: entro il 1° agosto 2023.

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

In caso di rinuncia volontaria dell'Assicurato alla copertura, l'aggiornamento anagrafico deve essere comunicato entro e non oltre il 5° giorno del mese successivo a quello in cui è avvenuta la rinuncia.

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

11.1 Modalità di computo del premio e mancato pagamento del premio

Il premio è dovuto per intero per i Dipendenti in forza al 01/01/2023.

Per i lavoratori assunti dopo il 01/01/2023, il premio è dovuto dal 1° giorno del mese successivo ed è calcolato in base alle mensilità di effettiva copertura.

L'Assicurato che abbia interrotto il rapporto di lavoro può decidere volontariamente di proseguire in copertura.

In caso di interruzione del rapporto di lavoro per pensionamento, l'Assicurato può proseguire la copertura se l'abbia già attivata nei 12 mesi prima del pensionamento.

La prosecuzione della copertura opera anche per il Nucleo familiare.

In caso di decesso, l'adesione, il pagamento del premio e le corrispondenti prestazioni cessano l'ultimo giorno del trimestre nel quale è avvenuto il decesso.

Entro il 30/04/2023 il Contraente comunica a Intesa Sanpaolo Protezione le generalità delle Aziende aderenti al Fondo che non abbiano versato il premio.

Dal 31/07/2023 Intesa Sanpaolo Protezione sospende le prestazioni erogate in favore dei Dipendenti delle Aziende che non abbiano regolarizzato il versamento del premio.

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

L'estensione al nucleo familiare opera automaticamente dal primo giorno del mese successivo alla data di comunicazione di inserimento dello stesso e il relativo premio si ritiene incluso, da subito, nel premio del dipendente in servizio.

11.3 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla prima scadenza utile.

11.4 Regolazione del Premio

Oltre a quanto previsto all'art. 10.2 "Anagrafica":

- **entro 30 giorni dalla** ricezione dell'Anagrafica definitiva, si procede alla regolazione contabile del Premio dovuto alla data di decorrenza;
- **entro 15 giorni prima della scadenza delle singole quietanze delle rate di Premio**, si consegna la regolazione contabile del Premio a seguito delle inclusioni e dei passaggi del periodo di copertura trascorso.

Il Premio relativo alla regolazione deve essere versato dal Contraente entro 30 giorni dal ricevimento del documento di regolazione.

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

11.5 Rinuncia e disdetta dei prosegutori volontari

a) Rinuncia da parte dei lavoratori in forza al 01/01/2023

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 prosegutore volontario 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) Disdetta

L'Assicurato può cessare la partecipazione alla copertura assicurativa, ferma restando la permanenza minima di 12 mesi a decorrere dalla data di iscrizione.

In caso di disdetta della partecipazione l'Assicurato deve compilare e inviare a Intesa Sanpaolo Protezione il relativo modulo entro e non oltre il 31 ottobre dell'annualità assicurativa in corso.

La disdetta ha effetto dal 1° gennaio dell'annualità successiva.

Il prosegutore volontario può richiedere 1 sola volta di essere nuovamente inserito in copertura a partire dall'anno successivo a quello in cui è stata esercitata la facoltà di disdetta.

Art. 12. Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo. Gli indennizzi sono corrisposti in Italia e liquidati in euro. 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 2 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. Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie: mediazione

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

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

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.

20.1 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.

20.2 AREA ASSICURATI

In seguito alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato riceve le credenziali di accesso all'area Assicurati messa a disposizione dalla Compagnia sul sito www.intesasanpaoloprotezione.com. 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
- visualizzare la documentazione.

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

Prestazioni assicurate

 **1. Ricovero con Intervento chirurgico in Istituto di Cura (Allegato 3) o Day Hospital**
Prima del Ricovero
Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro 90 giorni prima del Ricovero o dell'Intervento chirurgico, purché pertinenti alla Malattia/Infortunio che ha reso necessario il Ricovero o l'Intervento chirurgico.

Durante il Ricovero

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, nonché Trattamenti fisioterapici e riabilitativi purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria.

Dopo il Ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro 100 giorni dopo il Ricovero o l'Intervento chirurgico, purché pertinenti alla Malattia o Infortunio che ha reso necessario il Ricovero o l'Intervento chirurgico.

Trapianti

In caso di trapianto, sono riconosciute le spese dell'Assicurato per ricevere l'organo trapiantato e le spese per il prelievo al donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Prima del ricovero, sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto. Nel caso di donazione da vivente, sono riconosciute le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica infermieristica, intervento chirurgico, cure medicinali, rette di degenza.



1.1 Spese dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assicurato che sia ricoverato presso un Istituto di Cura per ricevere una prestazione sanitaria prevista dal Contratto: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentati (fatture, notule, ricevute). Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).



1.2 Trasporto sanitario

Trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno) presso il quale debba recarsi per essere ricoverato ai sensi di polizza, e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.

La scelta del mezzo per il trasporto spetta alla Compagnia, in base alle condizioni del paziente, in base a quanto rappresentato nella documentazione medica allegata e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.



1.3 Indennità sostitutiva

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, sebbene calcolata sul numero di giorni di Ricovero, è volta a supportarlo nel percorso di recupero della salute. Tale percorso inizia con il rientro dell'Assicurato a domicilio, ed è pertanto da tale momento che il diritto all'indennità matura. L'eventuale decesso dell'Assicurato avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi. L'importo dell'Indennità è di 150,00 euro per ciascun giorno di Ricovero fino a 160 giorni.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'Assicurato legittimato a ottenere l'Indennità sostitutiva mantiene comunque il diritto a chiedere il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni descritte al punto 1.1 nei paragrafi "Prima del Ricovero", "Dopo il Ricovero" sostenute nei giorni prima e dopo il Ricovero.

L'Indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il Ricovero nella stessa struttura sanitaria.



1.4 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, sempre che siano rispettate tutte le seguenti condizioni:

- la nascita del neonato sia stata comunicata alla Compagnia entro 30 giorni da quando è avvenuta
- le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o Difetti fisici del neonato siano effettuati entro 2 anni dalla nascita ed entro il limite di 15.000,00 euro.
- con riferimento al "Prima del ricovero" si applica quanto previsto al punto 1 "Ricovero con Intervento chirurgico in Istituto di Cura (Allegato 3) o Day Hospital", con riduzione a 30 dei giorni di riferimento
- per le spese per la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera durante il periodo di ricovero è previsto un limite giornaliero di 55,00 euro.

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

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate:

- 30.000,00 euro a Nucleo
- 60.000,00 euro a Nucleo in caso di trapianto

Sub-Massimali annui a Nucleo per:

- Cure e Interventi chirurgici per malformazioni e Difetti fisici di neonati: 15.000,00 euro
- 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

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale (solo se la provincia di residenza o domicilio dell'Assicurato è priva di strutture convenzionate)

Franchigie e scoperti

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

Limiti di spesa pre e post Ricovero

I limiti di spesa (per esempio Franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo 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).



2. Ricovero senza intervento chirurgico in Istituto di Cura o intervento ambulatoriale

Intesa Sanpaolo Protezione riconosce le spese di cui al punto 1 "Prima del ricovero", "Durante il ricovero" e "Dopo il ricovero", sostenute nei giorni prima, durante e dopo il ricovero, sostenute in relazione agli eventi morbosi di cui al successivo punto 2.1.

2.1 Eventi Morbosi

- Infarto miocardico acuto: coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico che provochi ricovero in unità coronarica di almeno 5 giorni.

La diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: 1) dolore precordiale, 2) alterazioni tipiche all'ECG, 3) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche

- Ictus cerebrale: (accidente cerebro-vascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) a esordio brusco immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero che produca danno neurologico sensitivo e motorio
- Tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, la cui diagnosi venga basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera; Sono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi della mammella che non hanno interessamento linfonodale metastatico, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I° stadio ed i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del III° e IV° stadio di Clarke
- Insufficienza renale: malattia renale irreversibile in dialisi cronica
- Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 50% del corpo.



2.2 Parto naturale, Parto cesareo ed aborto terapeutico

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1. "Prima del Ricovero", "Durante il Ricovero" e "Dopo il Ricovero", entro il relativo sub-Massimale.



2.3 Spese dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assicurato che sia ricoverato presso un Istituto di Cura per ricevere una prestazione sanitaria prevista dal Contratto: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentati (fatture, notule, ricevute).



2.4 Indennità sostitutiva

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, sebbene calcolata sul numero di giorni di Ricovero, è volta a supportarlo nel percorso

di recupero della salute. Tale percorso inizia con il rientro dell'Assicurato a domicilio, ed è pertanto da tale momento che il diritto all'indennità matura. L'eventuale decesso dell'Assicurato avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi. L'importo dell'Indennità è di 80,00 euro per ciascun giorno di Ricovero fino a 160 giorni.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'Assicurato legittimato a ottenere l'Indennità sostitutiva mantiene comunque il diritto a chiedere il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni descritte al punto 1.1 nei paragrafi "Prima del Ricovero", "Dopo il Ricovero" sostenute nei giorni prima e dopo il Ricovero.

L'Indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il Ricovero nella stessa struttura sanitaria.

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:
 - c. 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
 - d. 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%

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5.000,00 euro a Nucleo

Sub-Massimali annui a Nucleo per:

- Parto naturale, Parto cesareo ed aborto terapeutico: 2.000,00 euro

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale (solo se la provincia di residenza o domicilio dell'Assicurato è priva di strutture convenzionate)

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: Nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale: Scoperto del 25%

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo dell'intervento € 5.008,00
Nessuno scoperto
Indennizzo € 5.000,00 a totale carico della Compagnia
Regime rimborsuale
Massimale € 5.000,00
Richiesta di rimborso per intervento € 5.000,00
Scoperto 25%
Indennizzo € 3.750,00 (€ 5.000,00 - 25%)

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE



1.1 Alta Diagnostica

- diagnostica radiologica con mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.)
- risonanza magnetica nucleare
- TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.)
- ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
- amniocentesi e Villocentesi (solo in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta o per gestante oltre i 35 anni)
- elettroencefalografia
- PET
- campimetria visiva
- cisternografia



1.2 Terapie e cure

- dialisi
- radioterapia
- chemioterapia
- cobaltoterapia

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 350,00 euro a Nucleo, condiviso con la garanzia di cui al punto 2 "Visite Specialistiche".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta (in caso di ciclo di terapie o cure, la Centrale Operativa deve essere attivata per ogni singola prestazione)
- Regime rimborsuale (solo se la provincia di residenza o domicilio dell'Assicurato è priva di strutture convenzionate)

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: Franchigia di 20,00 euro per Sinistro o ciclo di terapie/cure
- Regime rimborsuale: Nessuno scoperto/franchigia

- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: Franchigia di 10,00 euro per Sinistro o ciclo di terapie/cure

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo della TAC € 245,00

Franchigia € 20,00

Indennizzo € 245,00 di cui € 225,00 a carico della Compagnia e € 20,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 350,00

Richiesta di rimborso per la TAC € 245,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 245,00

2. VISITE SPECIALISTICHE

Prestazioni



Intesa Sanpaolo Protezione riconosce le spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche e delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 350,00 euro a Nucleo, condiviso con la garanzia di cui al punto 1 "Alta specializzazione".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta (in caso di ciclo di terapie o cure, la Centrale Operativa deve essere attivata per ogni singola prestazione)
- Regime rimborsuale (solo se la provincia di residenza o domicilio dell'Assicurato è priva di strutture convenzionate)

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: Franchigia di 20,00 euro per Sinistro o ciclo di terapie/cure
- Regime rimborsuale: Nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo della visita specialistica € 200,00

Franchigia € 20,00

Indennizzo € 200,00 di cui € 180,00 a carico della Compagnia e € 20,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 350,00

Richiesta di rimborso per la visita specialistica € 200,00

Nessuno scoperto
Indennizzo € 200,00

C) TRATTAMENTI RIABILITATIVI PER INFORTUNIO

Le prestazioni previste dal presente paragrafo devono essere effettuate solo in Centri medici, da:

- o medico specialista
- o 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)
- o 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).



Prestazioni

Sono riconosciute le spese per:

- trattamenti fisioterapici
- trattamenti di kinesiterapia
- riabilitazione cardiologica
- neuromotoria per recuperare la salute.

La garanzia opera a seguito di intervento rientrante nella garanzia A) "Prestazioni Ospedaliere", punto 1 "Ricovero con Intervento chirurgico in Istituto di Cura (Allegato 3) o Day Hospital", in aggiunta a quanto ivi previsto per le prestazioni "Dopo il ricovero" o per trattamenti riabilitativi resi necessari a seguito di infortunio in presenza di un certificato di pronto soccorso.

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

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 700,00 euro a Nucleo, inteso come limite di spesa aggiuntivo rispetto a quello già garantito all'interno del massimale per prestazione previsto per ciascuno degli interventi chirurgici rientranti nella precedente garanzia A) 1 "Ricovero con Intervento chirurgico in Istituto di Cura (Allegato 3) o Day Hospital"

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale (solo se la provincia di residenza o domicilio dell'Assicurato è priva di strutture convenzionate)

Franchigie e scoperti

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

D) PREVENZIONE



1. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

(Garanzia valida per il solo Titolare)

Prestazioni

La copertura prevede l'erogazione, 1 volta all'anno, delle seguenti prestazioni da effettuarsi in un'unica seduta:

- 1 Detartrasi
- 1 Visita di prima valutazione

Regimi e condizioni di erogazione

Massimale

Massimale annuo: illimitato.

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Nessuno scoperto/franchigia.

2. PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE "PROGETTO CUORE"

(Garanzia valida per il solo Titolare)

Prestazioni

Sono coperte le spese relative a:

- screening cardiovascolare
- svolgimento delle attività necessarie a fornire all'Assicurato l'indicazione della propria classe di rischio cardiovascolare, in base alla classificazione individuata nell'ambito del "Progetto cuore" redatto dal Ministero della Sanità.

Il Progetto Cuore è un programma di epidemiologia e prevenzione delle malattie cerebro e cardiovascolari finalizzato a monitorare nel nostro Paese la frequenza di queste malattie e dei fattori di rischio ad esse correlati e a fornire strumenti utili a prevenirle.

La struttura esegue le prestazioni indicate nel protocollo di screening cardiovascolare e le attività necessarie a fornire all'Assicurato l'indicazione della classe di rischio cardiovascolare cui appartiene secondo il predetto protocollo redatto dal Ministero della Sanità.

All'esito dello screening è attribuito un punteggio a cui corrisponde una percentuale di rischio di eventi cardiovascolari nei 10 anni successivi.

Il pacchetto prevede i seguenti esami:

- Elettrocardiogramma
- esame urine
- Prelievo venoso
- AST-ALT
- Colesterolo totale
- HDL
- Emocromo
- Trigliceridi
- PTT
- PT
- Dosaggio omocisteina

Ciascun esame preventivo è alternativo alla garanzia 3. "Prevenzione del rischio oncologico".

La presente garanzia opera solo in Assistenza diretta, una volta ogni 3 anni e in un'unica soluzione.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per le prestazioni indicate: illimitato

Regime di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Nessuno scoperto/franchigia

3. PREVENZIONE DEL RISCHIO ONCOLOGICO

(Garanzia valida per il solo Titolare)

La garanzia opera in alternativa alla garanzia 2. "Prevenzione cardiovascolare Progetto Cuore" e solo in Assistenza diretta una volta ogni 3 anni.

Prestazioni previste per donne (età pari o superiore a 45 anni):

- Mammografia
- Ecodoppler tronchi sovraortici

Prestazioni previste per donne (età pari o superiore a 29 anni):

- PAP test
- ecografia mammaria

Prestazioni previste per uomini (età pari o superiore a 45 anni):

- PSA (specifico antigene prostatico)

- Ricerca del sangue occulto nelle feci su tre campioni
- Ecodoppler tronchi sovraortici

4. PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Compilazione del questionario ("Area Iscritti" in <http://webab.previmedical.it/arena-pmialute>) usando username e password).

Nel caso in cui:

- a) non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assicurato ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b) l'Assicurato risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. e si inviterà l'Assicurato a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

Nel caso c) la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assicurato, le prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in Network da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Compagnia in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate.

La Centrale Operativa comunicherà all'Assicurato il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- glicemia;
- trigliceridi.

Prima di compilare il questionario

- inserire i propri dati, con unica possibilità salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi
- nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione
- non inserire dati non veritieri, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

5. PREVENZIONE PEDIATRICA

La garanzia opera solo in caso di Nucleo familiare fiscalmente a carico.

Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi di età
- 1 visita ai 4 anni di età
- 1 visita ai 6 anni di età.

E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Se la Provincia di residenza o di domicilio (qualora diversa da quella di residenza) dell'Assicurato sia priva di centri convenzionati, egli può effettuare le prestazioni in una struttura non convenzionata con applicazione delle condizioni dell'Assistenza diretta, previa attivazione della Centrale Operativa.

1. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

Prestazioni

Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese relative agli Interventi Chirurgici per:

- osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari, follicolari e adamantinomi, odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- intervento per iperostosi, osteomi (toropalatino, toromandibolare ecc.)
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermo-epidermico
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

In tali casi è, altresì, previsto il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale necessario al completamento dell'intervento.

In caso di regime ospedaliero sono comprese le seguenti spese:

- Intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dalla cartella clinica); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopraindicato.



- Assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.
- Rette di degenza (escluse le spese voluttuarie)

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.500,00 euro a Nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: Nessuno scoperto/franchigia

- Regime rimborsuale: Nessuno scoperto/franchigia

2. CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA

Prestazioni

Intesa Sanpaolo Protezione copre le seguenti spese per l'acquisto e l'applicazione di protesi dentarie, prestazioni ortodontiche, cure odontoiatriche e terapie conservative:

- Parodontologia
- Chirurgia orale ordinaria
- Conservativa
- Endodonzia
- Implantologia
- Implanto-protesi
- protesi fisse
- protesi rimovibili
- Gnatologia.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 250,00 euro a Nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

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

F) ALTRE GARANZIE

1. LONG TERM CARE (LTC) – PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

Prestazioni

La garanzia opera in caso d'infortunio o malattia per il quale derivi all'Assicurato la perdita di autosufficienza nel compimento delle attività primarie (come descritta nel punto successivo) in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni.

Lo stato di non autosufficienza deve verificarsi successivamente alla data di inizio copertura per l'Assicurato e durante il periodo di copertura della polizza.

Intesa Sanpaolo Protezione eroga all'Assicurato un indennizzo per un valore corrispondente alla massimale indicato al fine di consentirgli di far fronte alle spese che potrebbe sostenere a causa della perdita di autosufficienza.

Condizioni di operatività della copertura

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza") derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana:

- Lavarsi
- vestirsi e svestirsi
- igiene del corpo
- mobilità
- continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello (allegato 4) fornito da Intesa Sanpaolo Protezione, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza. Il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza è di 40 punti.

• Farsi il bagno

1° grado: l'assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

- **Vestirsi e svestirsi**

1° grado: l'assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

- **Igiene del corpo**

1° grado: l'assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

- **Mobilità**

1° grado: l'assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle.

È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

- **Continenza**

1° grado: l'assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

- **Bere e mangiare**

1° grado: l'assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10

Regimi e condizioni di erogazione

Intesa Sanpaolo Protezione, dopo la ricezione della documentazione relativa allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, si riserva di comunicare entro 60 giorni le proprie valutazioni in merito alla situazione rappresentata, anche con riferimento al momento in cui lo stato di non autosufficienza può dirsi verificato, ai fini dell'operatività della garanzia.

In ogni caso Intesa Sanpaolo Protezione si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.

Intesa Sanpaolo Protezione si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

Al verificarsi della perdita di autosufficienza Intesa Sanpaolo Protezione copre, nel limite previsto dalla presente Polizza, le spese regolarmente documentate, relative a personale medico od infermieristico qualificato, sostenute per l'assistenza sanitaria al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'Assicurato non autosufficiente, o per prestazioni della medesima natura erogate presso strutture residenziali e semi-residenziali legalmente autorizzate.

Massimali

La somma annuale garantita all'Assicurato è pari a 7.000,00 euro, da corrispondersi per una durata massima di 3 anni

Regimi di erogazione

Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Nessuno scoperto/franchigia.

2. SECOND OPINION

Prestazioni

La Second Opinion è un secondo parere medico che l'Assicurato può richiedere alla Compagnia una sola volta nel corso della annualità assicurativa e solo nel caso in cui abbia ricevuto una diagnosi dopo la data di decorrenza della copertura assicurativa, relativa a:

- Infarto miocardico
- Cancro
- Ictus cerebrale
- Insufficienza renale
- Insufficienza epatica cronica terminale
- Coma
- Necessità di sottoporsi a trapianto d'organo come ricevente.

La Second Opinion può essere richiesta entro 6 mesi dal giorno della diagnosi di cui sopra.

L'Assicurato (o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare) deve spiegare ai medici della Centrale operativa il proprio caso, e inviare tutta la relativa documentazione medica. I medici della Centrale operativa verificano la documentazione pervenuta e la inviano al Centro medico convenzionato col Network specializzato in relazione alla patologia dell'Assicurato.

Entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione, la Centrale operativa invia all'Assicurato la Second opinion scientifico-specialistica.

La Compagnia si fa carico delle spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione della prestazione.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia.

3. SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Prestazioni

Se per Infortunio o Malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:

- un esperto per un consulto telefonico immediato
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, per Infortunio o Malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:

- la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie
- l'équipe medica, all'occorrenza, segnala all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari; l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione, anche per eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed eventualmente individuare le strutture più appropriate, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato **la documentazione clinica**.

c) Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

4. 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) terapie medico-chirurgiche finalizzate all'estetica (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connesse all'elenco degli interventi)
- 2) interventi e qualsiasi atto chirurgico finalizzati al trattamento dell'infertilità e/o sterilità maschile e/o femminile e comunque tutti gli atti finalizzati alla fecondazione artificiale
- 3) ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza
- 4) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza
- 5) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- 6) trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso di stupefacenti o allucinogeni
- 7) infortuni e patologie derivanti da apoplezia o affette da epilessia, paralisi, delirio tremens, salvo patto speciale, che deve risultare in polizza
- 8) infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove ed allenamenti
- 9) infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato
- 10) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla Radioterapia
- 11) conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche

- 12) terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale
- 13) certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive
- 14) imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei vhs, dei cd, dei dvd, spese di viaggio
- 15) emodialisi
- 16) iniezioni sclerosanti
- 17) lenti da vista, lenti a contatto e montature
- 18) medicina legale e medicina del lavoro
- 19) medicinali non somministrati in degenza
- 20) prestazioni di medicina generica comprendenti, tra l'altro, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc.
- 21) medicina omeopatica e/o alternativa
- 22) ricoveri in Case di Cura dedicate al benessere della persona.

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

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

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; 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/interventi chirurgici odontoiatrici: 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.

Con riferimento all'Indennità sostitutiva tali previsioni operano solo nel caso in cui il decesso dell'Assicurato sia avvenuto dopo le dimissioni, una volta iniziato il percorso di recupero della salute. In caso contrario, ossia di decesso avvenuto durante il Ricovero, il diritto all'Indennità sostitutiva non può considerarsi maturato in capo all'Assicurato e pertanto l'Indennità sostitutiva non può essere richiesta dai suoi eredi.

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 e post Ricovero/Day hospital

I limiti di spesa (per esempio Franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo 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

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. 99.17.72** da telefono fisso (numero verde)
 - **0422.17.44.209** da cellulare e per chiamate dall'estero.

Relativamente alle prestazioni pre ricovero è possibile richiedere il voucher esclusivamente tramite canale telefonico.

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:
 - **è necessaria la prescrizione del medico di base per:** alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
 - prestazioni diverse da quelle sopra indicate, eccetto le cure odontoiatriche: 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, dalle terapie e dalle analisi di laboratorio: 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. Le cure

dentarie da Infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'Infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie); è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra.**

- 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**
 - **referto dell'esame istologico in caso di asportazione di cisti mascellari, mandibolari, radicolari o biopsie**
 - **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
CONSERVATIVA (ad esempio cavità di 5° classe di BLACK)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di ricostruzione con ancoraggio vite a perno	Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi solo certificato di laboratorio



<p>CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)</p>	<p>Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomamiche</p>	<p>Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotetico e asportazione cisti</p>	<p>Fotografie e/o radiografie endorali. nei casi di: - asportazione cisti mascellari: anche esame istologico e ortopantomamica post prestazione (ortopantomamica in alternativa a Rx endorale). - estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche fattura dell'anestesista</p> <p>biopsie: esame istologico post prestazione.</p>
<p>IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)</p>	<p>Radiografie endorali e/o ortopantomamiche e/o Dentalscan</p>		<p>Radiografie endorali e/o ortopantomamiche</p>
<p>PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)</p>	<p>Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomamiche</p>		<p>Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio</p>
<p>ORTOGNATODONZIA (per es. terapia ortodontica con apparecchiature fisse)</p>	<p>Ortopantomamica, fotografie intraorali e dei modelli in gesso singoli e in occlusione</p>		<p>Fotografie post prestazione (con apparecchio/bite applicato)</p>
<p>PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici)</p>	<p>Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomamiche</p>	<p>Fotografie in caso di: chirurgia gengivale, chirurgia mucogengivale o abbassamento di fornice, amputazioni radicolari, chirurgia ossea, innesto autogeno o di materiale biocompatibile (prima della sutura), lembo gengivale semplice, lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti mucogengivali, levigatura delle radici e/o curettage gengivale.</p>	<p>Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomamiche. In caso di placca di svicolo, anche certificato di laboratorio Placca di svicolo: foto post con apparecchio applicato e certificato laboratorio.</p>
<p>IGIENE ORALE (ablazione del tartaro)</p>			<p>Fotografie intraorali post prestazione</p>

DIAGNOSTICA (per es. radiografia endoreale)			Immagine referto che riporti data, nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della 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. e-mail) 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 10/11/2022;

VoucherSalute® valido fino al 31/12/2022, 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: 10/03/2023

Termine di indennizzo per le spese post ricovero: 120 giorni dalle dimissioni (10/07/2023)

Richiesta VoucherSalute®: 05/05/2023

VoucherSalute® emesso il 10/05/2023;

VoucherSalute® valido fino al 10/07/2023, per un totale 60 giorni dal 10/05/2022.

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 10/12/2023;

VoucherSalute® valido fino al 31/12/2023, per un totale 21 giorni dal 10/12/2022.

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)

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.
- 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 della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario 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 spese sanitarie" (disponibile nel sito 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. È necessaria la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
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. **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
6. **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

Le richieste di rimborso devono essere presentate al termine della cura.

7. per le prestazioni dentarie, che devono essere presentate dopo l'avvenuta prestazione:
 - per conservativa endodontica (ad esempio una carie), cure odontoiatriche (per es. splintaggio, molaggio, placca di svincolo) e cure ortodontiche: la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante, e la patologia/diagnosi
 - per le cure ortodontiche (per es. studio del caso ortodontico, visita ortodontica) oltre a quanto previsto per la conservativa endodontica, deve essere indicata anche la relativa Classe scheletrica e/o di Angle
 - per ortognatodonzia (per esempio terapia ortodontica):
 1. per minori: prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali e di nuova generazione
 2. per adulti: prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, il piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali.
8. 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. Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'Infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**; è comunque sempre necessaria la **prescrizione medica dell'odontoiatra**;
- 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

9. per la garanzia **LTC – Perdita di autosufficienza**: l'Assicurato deve dimostrare lo stato di non autosufficienza mediante presentazione di apposita certificazione medica specialistica e compilare l'apposito modulo di richiesta (Allegato 4).

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.intesasanpaoloprotezione.com
- 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 articoli¹⁰:

- Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario
- Art. 8 - Altre assicurazioni/coperture
- 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.

¹⁰ 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	
1. Ricovero con intervento e Day Hospital	Allegato 3
Massimale	30.000,00 euro
Massimale per i trapianti	60.000,00 euro
Condizioni:	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
Pre/post	90 giorni/100 giorni
Sub massimali (*)	
Indennità sostitutiva	150,00 euro al giorno per massimo 160 giorni
Interventi ricostruttivi	5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria
Neonati	15.000,00 euro
Condizioni:	Fino a 2 anni
Pre	30 giorni
Spese accompagnatore	55,00 euro al giorno
2. Ricovero senza intervento ed Interventi Ambulatoriali	Da elenco
Massimale	5.000,00 euro
Condizioni:	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	Scoperto 25%
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
Pre/post	90 giorni/100 giorni
Sub massimali (*)	
Parto naturale, Parto cesareo ed Aborto terapeutico	2.000,00 euro
Indennità sostitutiva	80,00 euro al giorno per massimo 160 giorni
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Alta specializzazione	
Massimale	350,00 euro, condiviso con B.2
Condizioni:	
diretta	Franchigia 20,00 euro
rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
2. Visite specialistiche	
Massimale	350,00 euro, condiviso con B.1
Condizioni:	
diretta	Franchigia 20,00 euro
rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
C) TRATTAMENTI RIABILITATIVI PER INFORTUNIO	
Trattamenti fisioterapici	Da elenco
Massimale	700,00 euro, in aggiunta ad A.1
Condizioni:	
diretta	Nessuno scoperto/franchigia
rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
D) PREVENZIONE	
1. Prevenzione odontoiatrica	Solo titolare
Massimale	Illimitato
Condizioni:	Una volta l'anno in unica soluzione
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
2. Prevenzione cardiovascolare "Progetto cuore"	Solo titolare – in alternativa a D.3
Massimale	Illimitato

Condizioni:	Una volta ogni 3 anni in unica seduta
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
3. Prevenzione del rischio oncologico	Solo titolare – in alternativa a D.2
Massimale	Illimitato
Condizioni:	Una volta ogni 3 anni in unica seduta
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
4. Prevenzione della sindrome metabolica	
Massimale	Illimitato
Condizioni:	Ogni 6 mesi
- diretta	Tariffe agevolate
5. Prevenzione pediatrica	
Massimale	Illimitato
Condizioni:	Solo in caso di Nucleo familiare fiscalmente a carico
- rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
1. Interventi chirurgici odontoiatrici	
Massimale	2.500,00 euro
Condizioni:	
diretta	Nessuno scoperto/franchigia
rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
2. Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia	
Massimale	250,00 euro
Condizioni:	
diretta	Nessuno scoperto/franchigia
rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
F) ALTRE GARANZIE	
1 LTC – Perdita di autosufficienza	
Massimale	7.000,00 euro all'anno per massimo 3 anni
Condizioni:	
- rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
2. Second Opinion	
	Prevista
3. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura	
	Previsto
4. Disforia di genere	
	- 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

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con intervento"

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, INPDAI, 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@intesasanpaoloprotezione.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.intesasanpaoloprotezione.com

Allegato 3: Elenco Interventi Chirurgici

E L E N C O I N T E R V E N T I C H I R U R G I C I	
	MASSIMALE
Cardiochirurgia e chirurgia toracica	
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€ 30.000,00
Fistole arterovenose polmonari	€ 30.000,00
Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale	€ 30.000,00
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€ 30.000,00
Trapianto cardiaco	€ 60.000,00
Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti complessi o complicati	€ 30.000,00
Tutti gli interventi: a cuore aperto per difetti singoli non complicati	€ 30.000,00
Tutti gli interventi: a cuore chiuso	€ 30.000,00
Collo	
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	€ 30.000,00
Tiroidectomia totale (chirurgica o con radioiodio terapia)	€ 30.000,00
Esofago	
Interventi con esofagoplastica	€ 30.000,00
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 30.000,00
Fegato	
Deconnessione azigos-portale pervia addominale	€ 30.000,00
Derivazioni biliodigestive	€ 30.000,00
Drenaggio di ascesso epatico	€ 30.000,00
Epatotomia e coledocotomia	€ 30.000,00



Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 30.000,00
Interventi per echinococchi	€ 30.000,00
Interventi sulla papilla di Vater	€ 30.000,00
Papillotomia per via transduodenale	€ 30.000,00
Reinterventi sulle vie biliari	€ 30.000,00
Resezioni epatiche	€ 30.000,00
Trapianto di fegato	€ 60.000,00
Interventi su polmone – bronchi – trachea	
Interventi per ferite del polmone	€ 30.000,00
Interventi per fistole bronchiali	€ 30.000,00
Pleuropneumectomia	€ 30.000,00
Pneumectomia	€ 30.000,00
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 30.000,00
Resezioni segmentane e lobectomia	€ 30.000,00
Timectomia per via toracica	€ 30.000,00
Trapianto di polmone	€ 60.000,00
Tumori della trachea	€ 30.000,00
Interventi sul mediastino	
Interventi per tumori	€ 30.000,00
Interventi sul sistema nervoso simpatico	
Simpaticectomia cervico-toracica	€ 30.000,00
Simpaticectomia lombare	€ 30.000,00
Intestino	
Colectomia totale	€ 30.000,00
Colectomie parziali	€ 30.000,00
Nervi periferici	



Anastomosi extracranica di nervi cranici	€ 30.000,00
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 30.000,00
Interventi sul plesso brachiale	€ 30.000,00
Neurochirurgia	
Anastomosi dei vasi extra-intracranici	€ 30.000,00
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 30.000,00
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 30.000,00
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 30.000,00
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 30.000,00
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	€ 30.000,00
Asportazione tumori dell'orbita	€ 30.000,00
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€ 30.000,00
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	€ 30.000,00
Cordotomia e mielotomia per cutanea	€ 30.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€ 30.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€ 30.000,00
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€ 30.000,00
Emisferectomia	€ 30.000,00
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	€ 30.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	€ 30.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	€ 30.000,00



Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	€ 30.000,00
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 30.000,00
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 30.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 30.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 30.000,00
Intervento per craniostenosi	€ 30.000,00
Intervento per encefalomeningocele	€ 30.000,00
Intervento per epilessia focale e callosotomia	€ 30.000,00
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	€ 30.000,00
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	€ 30.000,00
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 30.000,00
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 30.000,00
Radiochirurgia gammaknife	€ 30.000,00
Radiochirurgia stereotassica	€ 30.000,00
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 30.000,00
Spondilolistesi	€ 30.000,00
Talamotomia, pallidotomia, stimolazione cerebrale profonda (DBS – deep brain stimulation, in due tempi)	€ 30.000,00
Tattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	€ 30.000,00
Tattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	€ 30.000,00



Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	€ 30.000,00
Pancreas - Milza	
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 30.000,00
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 30.000,00
Interventi per pancreatite acuta	€ 30.000,00
Interventi per pancreatite cronica	€ 30.000,00
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreaticca	€ 30.000,00
Splenectomia	€ 30.000,00
Peritoneo	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 30.000,00
Retto - Ano	
Interventi per neoplasie del retto - ano	€ 30.000,00
Operazione per megacolon	€ 30.000,00
Proctocolectomia totale	€ 30.000,00
se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 30.000,00
Stomaco, duodeno	
Cardioplastica	€ 30.000,00
Gastroectomia se allargata	€ 30.000,00
Gastroectomia totale	€ 30.000,00
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 30.000,00
Mega-esofago e esofagite da reflusso	€ 30.000,00
Resezione gastrica	€ 30.000,00
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria	€ 30.000,00
Sutura di perforazioni gastriche e intestinali	€ 30.000,00
Torace - parete toracica	



Correzioni di malformazioni parietali	€ 30.000,00
Resezione costali	€ 30.000,00
Toracotomia esplorativa	€ 30.000,00
Osteosintesi	
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€ 30.000,00
Plastiche per paralisi facciali: Dinamica	€ 30.000,00
Push-bach e faringoplastica	€ 30.000,00
Frattura del IH superiore della faccia (NEF): con scalpo	€ 30.000,00
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€ 30.000,00
Arti	
Malformazioni complesse delle mani (per tempo operatorio)	€ 30.000,00
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 30.000,00
Ricostruzione del pollice	€ 30.000,00
Tattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 30.000,00
Cranio - faccia e collo	
Cranioplastica	€ 30.000,00
Gravi e vaste mutazioni del viso	€ 30.000,00
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 30.000,00
Labioschisi bilaterale	€ 30.000,00
Palatoschisi totale	€ 30.000,00
Ricostruzione della emimandibola	€ 30.000,00
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 30.000,00
Riduzione frattura orbitaria	€ 30.000,00
Torace e addome	



Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 30.000,00
Malformazione della gabbia toracica	€ 30.000,00
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 30.000,00
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 30.000,00
Ricostruzione vaginale	€ 30.000,00
Chirurgia vascolare	
Anastomosi mesenterica-cava	€ 30.000,00
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 30.000,00
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 30.000,00
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 30.000,00
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	€ 30.000,00
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 30.000,00
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 30.000,00
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 30.000,00
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	€ 30.000,00
Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 30.000,00
Interventi per innesti di vasi	€ 30.000,00
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 30.000,00
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 30.000,00
Legatura vena cava inferiore	€ 30.000,00
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 30.000,00



Sutura arterie periferiche	€ 30.000,00
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 30.000,00
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti	€ 30.000,00
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 30.000,00
Trombectomia venosa periferica cava	€ 30.000,00
Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 30.000,00
Ginecologia	
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia)	€ 30.000,00
Miomectomia e l o ricostruzione plastica dell'utero	€ 30.000,00
Collo	
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 30.000,00
Asportazione di fistole congenite	€ 30.000,00
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€ 30.000,00
Esofagotomia cervicale	€ 30.000,00
Legatura di grossi vasi	€ 30.000,00
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 30.000,00
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€ 30.000,00
Laringe	
Cordectomia per via tirotomica	€ 30.000,00
Interventi per paralisi degli abduzioni	€ 30.000,00
Laringectomia parziale	€ 30.000,00
Laringectomia ricostruttiva	€ 30.000,00
Laringectomia sopraglottica	€ 30.000,00
Laringectomia totale	€ 30.000,00
Laringofaringectomia	€ 30.000,00



Bulbo oculare	
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 30.000,00
Orbita	
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	€ 30.000,00
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 30.000,00
Odontocheratopresi	€ 30.000,00
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero)	€ 60.000,00
Ortopedia e Traumatologia	
Artroprotesi di anca	€ 30.000,00
Artroprotesi di ginocchio	€ 30.000,00
Artroprotesi di gomito	€ 30.000,00
Emipelvectomia	€ 30.000,00
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 30.000,00
Protesi totale per displasia d'anca	€ 30.000,00
Ostetricia	
Laparotomia per gravidanza extrauterina	€ 30.000,00
Cavo orale e faringe	
Idem, con svuotamento latero-cervicale	€ 30.000,00
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari.	€ 30.000,00
Tumori parafaringei	€ 30.000,00
Ghiandole salivari	
Asportazione della parotide	€ 30.000,00
Parotidectomia totale con preparazione del facciale	€ 30.000,00

Orecchio esterno	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 30.000,00
Orecchio medio ed interno	
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 30.000,00
Apertura di ascesso cerebrale	€ 30.000,00
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 30.000,00
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 30.000,00
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 30.000,00
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 30.000,00
Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 30.000,00
Distruzione del labirinto	€ 30.000,00
Neurinoma dell'VIII paio	€ 30.000,00
Sezione del nervo coclearie	€ 30.000,00
Sezione del nervo vestibolare	€ 30.000,00
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 30.000,00
Trattamento delle petrositi suppurate	€ 30.000,00
Apparato genitale maschile	
Amputazione totale del pene	€ 30.000,00
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 30.000,00
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	€ 30.000,00
Orchidopessi bilaterale	€ 30.000,00
Orchiectomia allargata per tumore	€ 30.000,00
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 30.000,00
Rene	



Endopielolitomia per stenosi del giunto piero- uretale	€ 30.000,00
Lobotomia per ascessi pararenali	€ 30.000,00
Nefrectomia allargata per tumore	€ 30.000,00
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 30.000,00
Nefrectomia parziale	€ 30.000,00
Nefrectomia semplice	€ 30.000,00
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 30.000,00
Nefroureterectomia totale	€ 30.000,00
Pielotomia	€ 30.000,00
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 30.000,00
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 30.000,00
Trapianto renale	€ 60.000,00
Surrene	
Surrenalectomia	€ 30.000,00
Uretere	
Sigmoidostomia	€ 30.000,00
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 30.000,00
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 30.000,00
Ureterocistoneostomia con psiozzazione vescicole	€ 30.000,00
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 30.000,00
Ureteroplastica	€ 30.000,00
Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale	€ 30.000,00
Uretra	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 30.000,00
Uretrectomia	€ 30.000,00



Vescica	
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder	€ 30.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale	€ 30.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileourethroanastomosi	€ 30.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia	€ 30.000,00
Diverticolectomia con U.C.N.	€ 30.000,00
Emitrigonectomia	€ 30.000,00
Ileo bladder	€ 30.000,00
Ileo e\o coloncistoplastiche	€ 30.000,00
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 30.000,00
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 30.000,00
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 30.000,00
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 30.000,00
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 30.000,00

**MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO, INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
PERSONALI PER LA RICHIESTA DELL'INDENNITA' DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.P.A.
c/o Previmedical S.p.A. – Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO CUI SI RIFERISCE L'INDENNITA'

(da compilare in stampatello maiuscolo, indicando il soggetto a cui si riferisce la richiesta)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il _____ Luogo di nascita _____
Codice Fiscale _____

DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO CHE RICHIEDE L'INDENNITA'

(da compilare in stampatello maiuscolo, nei soli casi di incapacità del soggetto assicurato)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il _____ Luogo di nascita _____
Cellulare _____ Telefono _____
E-mail _____ Codice Fiscale _____
Indicare il rapporto (coniuge, legale rappresentante, etc) _____

Chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza

A tal proposito allega alla presente copia di:

- documento di identità valido e codice fiscale (sia dell'Assicurato/a sia dell'eventuale Legale Rappresentante/Tutore/Amm.re di sostegno) o di chi ne fa veci; nel caso in cui la prestazione consista nella corresponsione di una indennità in denaro a favore di soggetti minorenni è necessario acquisire l'autorizzazione da parte del tribunale dei minori;
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante che esponga l'insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato/a, l'origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell'affezione o delle affezioni, su apposito modello fornito dalla società o, se inviato un documento redatto in forma libera, contenente tutte le informazioni presenti nel suddetto modello;
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza;
- eventuale verbale di riconoscimento dell'Invalidità Civile rilasciato dalla Commissione della ASL di appartenenza;
- eventuale verbale della competente Autorità giunta sul luogo dell'evento (nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia stato causato da evento accidentale);

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via San Francesco d'Assisi 10, 10122 Torino comunicazioni@pec.intesasampaoloprotezione.com Capitale Sociale Euro 27.912.258 Codice Fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Torino 06995220016 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A. Socio Unico: Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00125 Appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28



- la Compagnia si riserva di richiedere all'Assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione l'Assicurato dovrà produrre certificato di esistenza in vita prima dell'erogazione della successiva rata annuale (ove prevista);
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione, la Compagnia si riserva di richiedere all'Assicurato, con cadenza annuale, accertamenti medici che attestino la permanenza di non autosufficienza.

CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

Dott. _____

N.B. – Il presente modulo deve essere stampato ovvero scritto con caratteri molto chiari e tutte le risposte alle singole domande debbono essere rese in termini particolareggiati, precisi ed esaurienti.

Cognome e Nome dell'Assistito: _____
nato/a _____ **il** _____
residente a _____ **in via** _____ **prov.** _____
cap _____ **telefono** _____ **età (anni)** _____

DOMANDE	RISPOSTE DEL MEDICO
1. Lo stato di non autosufficienza è insorto a seguito di quale condizione? a. impossibilità di compiere almeno 4 delle 6 attività della vita quotidiana b. demenza senile invalidante o malattia di Alzheimer, certificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein)	1 a. b.
2. L'assistito ha bisogno di assistenza continua da parte di un'altra persona?	2
3. a. L'assistito è attualmente ricoverato in lungo degenza in struttura abilitata pubblica o privata? b. Se sì, qual è la struttura? c. Da quando?	3 a. b. c.
4. a. L'assistito è attualmente ricoverato in istituto psichiatrico? b. Se sì, qual è la struttura? c. Da quando?	4 a. b. c.



5. a. Qual è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza? b. Quando si è verificato?	5. a. b.
6. L'assistito è in grado di farsi il bagno e/o doccia in modo completamente autonomo?	6
7. L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	7
8. L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa di farsi il bagno?	8
9. L'assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo?	9
10. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	10
11. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	11
12. L'assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (a), (b), e (c): a. andare al bagno? b. lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? c. effettuare atti di igiene personale	12 a. b. c.
13. L'assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (a), (b) e (c)?	13
14. L'assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (a), (b), e (c)?	14



15. L'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	15
16. L'assistito necessita di assistenza per muoversi eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (è però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)	16
17. L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto per muoversi?	17
18. L'assistito è completamente continente?	18
19. L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	19
20. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	20
21. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti? <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sminuzzare/tagliare il cibo;<input type="checkbox"/> Sbucciare la frutta;<input type="checkbox"/> Aprire un contenitore/una scatola;<input type="checkbox"/> Versare bevande nel bicchiere;	21 <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>
22. L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	22

Sulla base di quanto da me esaminato, verificato ed accertato dichiaro e certifico che

il Sig/Sig.ra si trova in stato di non autosufficienza.

Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

Luogo e data _____

Il Medico Curante
(Firma e timbro)

(DOMICILIO)

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

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

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

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.

trattamento dei dati personali e per esercitare i diritti previsti dal GDPR, contattandolo al seguente indirizzo e-mail:

dpo@intesasanpaoloprotezione.com

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).

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.

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;

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



- **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.

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

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.</p> <p>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> <p>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;</p> <p>- 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> <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>
<p>d) <i>Legittimo interesse</i> (art. 6.1 lettera f) del GDPR)</p>	<p><u>Perseguiamo</u> 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.intesasampaoloprotezione.com</p>

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.**

Possano 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.

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.

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

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.

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

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@intesasampaoloprotezione.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.intesasampaoloprotezione.com

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

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.