NOMENCLATORE DEL

PIANO SANITARIO

PreviSalute

Fondo Sanitario Aperto

PIANO SANITARIO
ON CARE (03/2025)

ON SMART CARE

PREVISALUTE
Fondo Sanitario Aperto
Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - P.I. 9415001026

PREMESSA

Il presente documento contiene la descrizione dettagliata delle prestazioni riconosciute dal Piano sanitario Previsalute 2025 e la relativa disciplina (quale, a titolo esemplificativo, condizioni e ambito di operatività, decorrenza, contribuzioni, esclusioni/limitazioni e modalità di erogazione delle prestazioni).

INDICE

- GLOSSARIO pag. 4
- CAPITOLO 1 – CONDIZIONI DEL PIANO SANITARIO pag. 11
- CAPITOLO 2 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO pag. 15
- CAPITOLO 3 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI pag. 27
- CAPITOLO 4 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO pag. 30
- CAPITOLO 5 - HOME INSURANCE..... pag. 43

ALLEGATI:

Allegato 1: SCHEDA RIASSUNTIVA

Allegato 2: Contributi

Allegato 3: Domanda di indennizzo prestazioni sanitarie

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante e sostanziale del presente documento.
Ove non diversamente stabilito, i termini e le definizioni di seguito elencati, contraddistinti con lettera iniziale maiuscola, hanno 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 degli Assistiti.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assistito
- attiva la Centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

L'Assistito viene tenuto indenne dal pagamento delle prestazioni usufruite presso il Network nei limiti delle somme indicate nel presente Nomenclatore. Eventuali importi ulteriori (es. scoperti, franchigie) restano invece a suo carico e devono essere pagati direttamente alle strutture del Network.

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

Assistito o Beneficiario delle prestazioni: i beneficiari del Piano sanitario Previsalute 2025, ossia persone fisiche aderenti a Previsalute e relativo Nucleo familiare.
Tutti gli Assistiti devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale.

Associato: persone fisiche con domicilio in Italia, associate alla Società di Mutuo Soccorso.

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.

Centrale operativa: struttura individuata per:
- fornire informazioni relative alle prestazioni e al Network
- autorizzare le prestazioni in forma 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 ed Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

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

Compagnia: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

Contributo: la somma che l'Associato deve versare alla Società di Mutuo Soccorso.

Day Hospital/Day Surgery: degenza senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).
Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Difetto fisico/Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose traumatiche acquisite o congenite.
I vizi di rifrazione sono considerati difetti fisici e non malattie né infortuni: pertanto tutte le prestazioni ad essi correlate non sono oggetto di indennizzo ai sensi del presente contratto.

Evento e Data Evento:

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo Ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo Intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni a esso correlate (pre e post).
  N.B.: in presenza di due o più Cartelle cliniche, anche se relative a 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 Evento: 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 Evento: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico Evento.
- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.
  Data Evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico Evento.

- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.
  Data evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assistito. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Evento.

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a Ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico dell'Assistito, durante il ricovero.

Indennizzo: la prestazione che Previsalute riconosce all'Assistito in caso di Evento previsto dal presente Piano sanitario. Tale prestazione può consistere nella presa in carico delle spese relative alle prestazioni fruite dall'Assistito in Network, nel rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per le prestazioni previste dal presente Piano sanitario o nella corresponsione di una indennità nei casi previsti dal presente Piano sanitario.

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.

Intervento chirurgico: atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.

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

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica
- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- per scelta del paziente.

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

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

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

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

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

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

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nella Classificazione Internazionale delle Malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità[1].

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno di durata del Piano sanitario e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

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

Modulo di adesione al Piano sanitario: modulo consegnato all'Associato al momento dell'adesione al Piano sanitario.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori,

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

centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.
Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di durata del Piano sanitario. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.onsalute.it o nell'App mobile.

Nomenclatore: il presente documento.

Nucleo familiare: titolare, il coniuge o convivente more uxorio o la persona unita civilmente[2], i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati purché fiscalmente a carico.

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

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

Parti: l'Associato e Previsalute.

Piano sanitario: complesso delle prestazioni che Previsalute si impegna ad erogare all'Assistito a fronte del pagamento del relativo Contributo da parte dell'Associato.

Polizza: convenzione assicurativa collettiva stipulata tra Previsalute e Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. che prevede l'erogazione delle prestazioni previste nel presente Piano sanitario.

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.

Regime rimborsuale: regime per cui si prevede il Rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dal presente Piano sanitario.

[2] Legge 76/2016, c.d. legge Cirinnà, che istituisce e regola le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto tra etero e omosessuali.

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: la somma dovuta in caso di Sinistro coperto dal presente Piano sanitario, a fronte di spese sostenute dall'Assistito e previste dal Nomenclatore.

Robot: manipolatore multifunzionale riprogrammabile, progettato per muovere strumenti chirurgici, dispositivi specialistici, materiali o parti anatomiche, sotto il diretto controllo del chirurgo operatore, per l'esecuzione di interventi micro chirurgici o di chirurgia mini invasiva.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assistito. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Servizio Sanitario Nazionale (SSN): sistema pubblico composto da Ministero della Salute, Enti e istituzioni di livello nazionale (Consiglio Superiore di Sanità, Istituto Superiore di Sanità, Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Istituti Zooprofilattici Sperimentali, Agenzia italiana del farmaco) e servizi sanitari regionali (che comprendono le Regioni e le Province autonome, le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere).

Sinistro: Evento dannoso cui si riferiscono le prestazioni previste dal Piano sanitario.

Società di Mutuo Soccorso: PREVISALUTE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO, Via Forlanini 24 - 31022 Borgo Verde - Preganziol - (TV) P.I. 9415001026, avente esclusivamente finalità assistenziale ai sensi dell'art. 51, comma 2, lett. a) del D.P.R. 917/1986, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, tipologia B.

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

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno di durata del Piano sanitario 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 dell'Associato (es. email).

Titolare: la persona fisica che, sottoscrivendo un piano sanitario con Previsalute, acquisisce lo stato di Assicurato nell'ambito della Polizza. Se, in sede di sottoscrizione del piano, il Titolare decide di estenderne gli effetti ai componenti del suo Nucleo familiare, anch'essi acquisiscono lo stato di Assicurati nell'ambito della Polizza.

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

- medico specialista
- fisioterapista iscritto alla Federazione Nazionale e Odine Fisioterapisti (FNOFI)
- 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)

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 - CONDIZIONI DEL PIANO SANITARIO

Art. 1. Oggetto delle prestazioni riconosciute dal Piano sanitario

La Società di Mutuo Soccorso riconosce le spese sostenute dall'Assistito, riconducibili a Malattia o Infortunio con riferimento alle prestazioni rientranti nel presente Piano sanitario.

I Massimali e il numero di prestazioni previste variano a seconda dell'opzione del Piano sanitario scelta.

Massimali, limiti, Franchigie, Scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati in questo Nomenclatore, nella spiegazione delle singole prestazioni e nell'allegato 1 "Schede riassuntive" differenziate per opzione.

Art. 2. Modalità di erogazione delle prestazioni

L'erogazione delle prestazioni previste dal Piano sanitario e dettagliate nel presente documento è resa possibile e garantita da una convenzione assicurativa/polizza collettiva stipulata dalla Società di Mutuo Soccorso con la Compagnia.
Con l'adesione al Piano sanitario, ciascun Assistito acquisisce lo status di "Assicurato" rispetto a tale Polizza, ricevendo quindi le corrispondenti prestazioni direttamente dalla Compagnia, secondo quanto previsto dalle relative condizioni di assicurazione.
L'Assistito è quindi consapevole del fatto che la Società di Mutuo Soccorso potrà opporre tutte le eccezioni e le limitazioni opponibili dalla Compagnia nell'esecuzione della Polizza.

Art. 3. Carenza contrattuale

Sono previsti periodi di carenza, cioè periodi nei quali non è attivo il Piano sanitario e pertanto non possono essere rimborsate e/o autorizzate le spese sostenute.

Il Piano sanitario decorre:

- dal momento di decorrenza della copertura per le prestazioni da infortunio, di prevenzione, e per l'aborto terapeutico o spontaneo (soltanto se la gravidanza è iniziata successivamente alla data di effetto della copertura)
- dal 90° giorno successivo alla decorrenza della copertura, per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia;
- dal 90° giorno successivo alla decorrenza della copertura, per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia
- dal 271° giorno successivo alla decorrenza della copertura, per il parto e le malattie derivanti da gravidanza o puerperio.

Qualora il Piano Sanitario sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità di altro Piano Sanitario, stipulato anche con altro Ente o Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assistito e le stesse garanzie, i termini di carenza sopra riportati operano:
- dal giorno in cui aveva avuto effetto la copertura sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente Piano Sanitario limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.
Quanto suddetto vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto. In caso di mancato pagamento di una rata di premio entro i termini previsti, sono applicati nuovamente i termini di carenza previsti dal Piano Sanitario.
In questo caso al momento del sinistro deve essere fornita copia del contratto precedente. In caso contrario, quindi in assenza di contratto, verranno applicate le carenze sopra indicate.

Art. 4. Decorrenza del Piano sanitario – Pagamento del Contributo – Tacito rinnovo e disdetta

4.1 Decorrenza

Salvo quanto stabilito dall'art. 3 "Carenza Contrattuale" Il Piano sanitario ha effetto:

- dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo a quello di sottoscrizione del Piano Sanitario, salvo buon fine (SBF) dell'incasso o della rata di premio;
- dalla nascita, per i figli legittimi, purché la comunicazione alla Società di Mutuo Soccorso venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché il piano sia già attivo e corrisposto il Contributo per Nucleo familiare. A tale copertura si applica, per le prestazioni da malattia, l'eventuale periodo residuo di aspettativa della madre.

La scadenza dell'adesione al Piano Sanitario è al 31/12 dell'anno di adesione e così per le successive annualità.

4.2 Contributo

Il Contributo è sempre determinato per periodi di durata del Piano sanitario di un anno.
Posto che la scadenza del Piano sanitario è prevista al 31/12, il pagamento del Contributo annuo è determinato in base ai mesi effettivi di copertura.
L'ammontare del Contributo varia:

- a seconda della scelta effettuata dal Titolare in merito alle opzioni e ai soggetti da inserire nel Piano sanitario (il solo Titolare oppure anche il suo Nucleo familiare);

- a seconda dell'età di ingresso e di permanenza in copertura del Titolare.

Pur essendo annuo e indivisibile, il Contributo deve essere versato in anticipo o in alternativa in rate mensili, come riportato sul Modulo di adesione al Piano sanitario. È versato dall'Associato alla Società di Mutuo Soccorso con addebito su c/c.

I contributi suddivisi per fasce d'età e opzioni riportano i contributi per ingresso single, permanenza in copertura, ingresso coppia/nucleo, permanenza coppia, permanenza nucleo, e sono riportati nell'allegato 2.

4.3 Tacito rinnovo e disdetta

La durata del Piano Sanitario è automaticamente prorogata di un anno e così per le successive scadenze, salvo il caso in cui:

- l'Assistito non dia disdetta al Piano sanitario mediante raccomandata o PEC entro 60 giorni dalla scadenza originaria o prorogata; l'Assistito dovrà inviare una raccomandata a Previsalute Società di Mutuo Soccorso, Via Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV) o una PEC all'indirizzo previsalute@twtcert.it
- Previsalute comunica almeno 60 (sessanta) giorni prima del termine previsto per l'esercizio della facoltà di disdetta da parte del Titolare del piano sanitario:
  - eventuali modifiche alle prestazioni oggetto del contratto
  - il contributo che il Titolare deve corrispondere per l'annualità successiva

L'Assistito che non volesse proseguire nella copertura dovrà inviare la disdetta nei termini previsti; in caso contrario verranno applicate le nuove condizioni.

In questi i casi, il Piano Sanitario cessa alle ore 24:00 dell'ultimo giorno della sua durata annuale originaria.

La disdetta al Piano sanitario comporta altresì il venir meno all'adesione della copertura.

Art. 5. Anagrafica

L'Associato in fase di adesione al Piano Sanitario comunica alla Società di Mutuo Soccorso i suoi dati anagrafici per poter procedere alla sottoscrizione.

Art. 6. Variazione dei Beneficiari delle prestazioni – Regolazione del Contributo

6.1 Inclusione di Familiari in corso d'anno

L'inclusione in corso d'anno è consentita solo per i neonati, se corrisposto il Contributo per Titolare o per il Nucleo familiare (anche in caso di due componenti).

Con l'inserimento del neonato in copertura, il contributo verrà aggiornato al rinnovo della polizza, in quanto:

- se corrisposto solo per Titolare diventerà per nucleo composto da due componenti
- se corrisposto per nucleo di due componenti diventerà per nucleo composto da tre componenti.

Tali inclusioni devono essere comunicate **entro 30 giorni** dalla nascita. La copertura opera dalla data della nascita.
L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza del presente Piano Sanitario non è consentita. Nel caso di variazione della composizione del nucleo familiare (es. matrimonio, convivenza more uxorio), la copertura opera nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01.01 dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la variazione. La comunicazione deve pervenire a Previsalute entro il termine previsto per la disdetta, ovvero prima dei 60 giorni dalla scadenza della copertura.

6.2 Esclusioni di Assistiti in corso d'anno

Se un beneficiario del Piano perde in corso d'anno i requisiti per mantenere la qualifica di Assistito (es. figlio non più a carico del genitore; divorzio dal Titolare), il Piano sanitario opera nei suoi confronti fino alla prima scadenza annuale. Tale comunicazione dovrà pervenire alla Società di Mutuo Soccorso tramite raccomandata o mezzi equivalenti prima dei 60 giorni previsti per la disdetta del Piano Sanitario.

6.3 Categorie beneficiarie del Piano sanitario

Assumono la qualifica di Beneficiari delle prestazioni le persone fisiche aderenti alla Società di Mutuo Soccorso e relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare a fronte del versamento di un Contributo aggiuntivo.

Art. 7. Estensione Territoriale

Il Piano sanitario vale in tutto il mondo.

Art. 8. Obblighi di consegna dei documenti da parte dell'Associato all'Assistito

La Società di Mutuo Soccorso deve consegnare all'Assistito:
a) il Nomenclatore delle prestazioni
b) l'informativa privacy allegata al presente documento (allegato privacy)
c) Statuto e Regolamento di Previsalute, disponibili nel sito www.previsalute.it, sezione "documenti".

CAPITOLO 2 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Art. 9. Descrizione delle prestazioni

Nel seguito si riporta la descrizione delle singole prestazioni previste dal Piano sanitario a seconda dell'opzione scelta, dando evidenza (insieme a quanto previsto nell'allegato 1 "Schede riassuntive") dei Massimali, limiti, Franchigie, Scoperti, esclusioni e condizioni specifiche.

L'Associato può scegliere fra cinque opzioni:

- GOLDEN ASSISTANCE
- PLATINUM ASSISTANCE
- ON SMART CARE
- ON PLUS CARE
- ON TOP CARE

Di seguito si riporta quanto previsto per l'opzione **On Smart Care.**

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni del Piano sanitario

1.1. Ricovero con e senza intervento chirurgico in Istituto di Cura, Intervento ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery

Prima del ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro i 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'Assistito, utilizzo di robot
- 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, ostetrica e infermieristica, terapie, medicinali, esami, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio nonché trattamenti fisioterapici e riabilitativi
- Le spese sostenute per l'utilizzo di Robot verranno riconosciute entro il relativo sub-massimale di 3.000 euro

Dopo il ricovero
Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti di malattie oncologiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro i 120 giorni dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, possono essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni accompagnate da prescrizione medica del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

1.2 Degenza in regime di Day Hospital/Day surgery se previsto dall'opzione prescelta
Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "prima del ricovero" "durante il ricovero" e "dopo il ricovero".

1.3 Parto naturale
Solo in caso di SSN: indennità 250 euro al giorno max 4 gg

Parto cesareo ed aborto terapeutico
Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro i relativi sub-massimali indicati in polizza.
Le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocele, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto cesareo.
Limite: 4.000 euro

In caso di parto non cesareo domiciliare Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese ostetriche ed infermieristiche.

1.4 Spese accompagnatore
Per un accompagnatore dell'Assistito che debba recarsi presso un Istituto di Cura per essere ricoverato ai sensi di polizza: 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).

Limite: 30 euro al giorno massimo 50 giorni

1.5 Trasporto sanitario

Trasporto dell'Assistito 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 ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Limite: 1.000 euro

1.6 Indennità sostitutiva

Nel caso in cui le spese sanitarie da ricovero siano a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale o interamente rimborsate in forza di polizza stipulata presso altra Compagnia di Assicurazione, l'Assistito 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'Assistito a domicilio, ed è pertanto da tale momento che il diritto all'indennità matura. L'eventuale decesso dell'Assistito avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi.
L'importo dell'indennità per ciascun giorno di ricovero è pari a 80 euro al giorno massimo 100 giorni. Massimale incluso nel massimale dei ricoveri.
Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

In caso di Day Hospital/Day Surgery l'indennità viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

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

L'Assistito che si trova nelle condizioni sopra descritte per richiedere l'indennità sostitutiva può altresì richiedere il rimborso del le spese per le prestazioni descritte al punto 1.1 nei paragrafi denominati "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero", sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero rispetto al quale viene calcolata l'indennità sostitutiva.

2. Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere

- Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili a termini di polizza

- 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 in polizza, 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%

- Sono oggetto di Indennizzo le spese per gli interventi ricostruttivi, avvenuti in vigenza di copertura, 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.
  Tale 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 copertura.

  Sub-Massimale annuo a nucleo: 5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria

3. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui/nucleo
Per il complesso delle prestazioni indicate: 100.000 euro

Sub-massimali annui a Nucleo per
- parto naturale solo in caso di SSN: indennità 250 euro al giorno max 4 gg
- parto cesareo (ed eventuali interventi concomitanti), aborto terapeutico: 4.000 euro
- interventi ricostruttivi: 5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria
- limite robot: 3.000 euro

Regimi di erogazione
- Assistenza diretta

- Regime rimborsuale/misto
- Ticket

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta:
- Ricoveri: scoperto 10% minimo 750 euro franchigia massima 2.000 euro
- Day Hosp-Day Surg: scoperto 10% minimo 500 euro franchigia massima 2.000 euro
- Intervento Ambulatoriale: scoperto 10% minimo 350 euro franchigia massima 2.000 euro

- Regime rimborsuale/misto:
- Ricoveri: scoperto 25% min 2.500 euro
- Day Hosp-Day Surg: scoperto 25% min. 800 euro
- Intervento Ambulatoriale: scoperto 25% min 250 euro

- Ticket SSN: al 100%

Esempi: Piano On Smart Care

Regime di assistenza diretta
Massimale € 100.000,00
Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00
Ricoveri scoperto 10% min 750 euro franchigia massima 2.000 euro
Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui 1.429,80 € a carico dell'Assistito e 12.868,20 € a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale
Massimale € 100.000,00
Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00
Ricoveri scoperto 25% min 2.500 euro
Indennizzo € 10.723,50 (€ 14.298,00 - 25%, perché lo scoperto del 25% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)

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.);
- coronarografia;
- ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.);
- elettrocardiogramma sotto sforzo;
- ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale);
- esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Retto-Colonscopia, Bronco- scopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) compresa eventuale biopsia;
- esami Istologici;
- amniocentesi e Villocentesi (solo in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta o per gestante oltre i 35 anni).

1.2 Diagnostica Strumentale Standard

- diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.);
- ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli);
- elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa;
- elettroencefalografia;
- elettromiografia;
- uroflussometria;
- M.O.C. (densitometria ossea).

1.3 Laserterapia

1.4 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 1.500,00 euro

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto 20% minimo 50,00 euro

- Regime rimborsuale: scoperto 30% minimo 200 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**

Esempi opzione Platinum Assistance
Regime di Assistenza diretta
Massimale € 3.000,00
Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00
scoperto del 10% col minimo di 36 euro
Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 209,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 36,00 a carico dell'Assistito
Regime Rimborsuale
Massimale € 3.000,00
Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00
scoperto del 30% col minimo di 200 euro
Indennizzo: 200,00 euro (perché lo scoperto del 30% è inferiore al minimo non indennizzabile)

C)PREVENZIONE

1. CHECK-UP IN NETWORK

L'Assistito può attivare a sua scelta una sola volta all'anno 2 dei 10 pacchetti di prevenzione sotto indicati, in base all'opzione prescelta.

Ciascun esame preventivo può essere effettuato solo in forma diretta nelle strutture convenzionate.

1.1 Prestazioni

Pacchetto 1: prevenzione Cardiovascolare (prestazioni previste per uomini e donne)

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assistito di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp)
Il questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati in una sola volta: è necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.

Nella prima pagina del questionario vengono fornite le istruzioni per la sua compilazione.
È importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto viene vanificato lo scopo della prevenzione.

Pacchetto 2: prevenzione Oncologica (in un'unica soluzione)

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- PSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

- PAP – Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.2 (marcatore del tumore mammarico)

Pacchetto 3: prevenzione Pediatrica

Il pacchetto prevede una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori, inseriti in copertura, di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni:

- 1 visita tra i 6 e i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni.

Pacchetto 4: prevenzione Oculistica

Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per:

- 1 valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale);
- 1 esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari;
- 1 studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche;
- la misurazione del tono oculare;
- la misurazione del visus.

Pacchetto 5: prevenzione della Sindrome Metabolica

Compilazione del questionario ("Area Socio" in www.onsalute.it e clicca su "accedi alle tue prestazioni sanitarie")

- nel caso in cui:
  a) non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne ha immediato riscontro dal risultato del Questionario e non viene posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
  b) l'Assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", vengono 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", vengono fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. e si invita

l'Assistito a contattare il proprio medico che può effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

Nel caso c) la Centrale operativa provvede all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in assistenza diretta da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia. La Centrale Operativa comunica all'Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi.

Per effettuare gli esami sopra indicati deve essere trascorso almeno un periodo di 6 mesi dalla data di esecuzione degli esami utilizzati per la compilazione del Questionario.

Pacchetto 6: prevenzione delle vie respiratorie
Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per le seguenti prestazioni:

- spirometria;
- visita pneumologica.

Pacchetto 7: prevenzione dermatologica
Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per una visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia.

Pacchetto 8: prevenzione otorinolaringioiatrica
Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per una visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico.

Pacchetto 9: prevenzione posturale (in un'unica soluzione)
Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per:

- una visita fisiatrica;
- valutazione posturologica.

Pacchetto 10: prevenzione osteoporosi (in un'unica soluzione)
Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per:

- MOC;
- accertamenti di laboratorio per il controllo del metabolismo del calcio.

2. VISITE DI CONTROLLO IN NETWORK

Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per due visite specialistiche all'anno; si precisa che tale prestazione è garantita anche in caso di consulto/mero controllo, non è pertanto richiesta alcuna prescrizione medica.

Ciascuna visita può essere effettuata solo in forma diretta nelle strutture convenzionate.

Massimali annui
Massimale illimitato

Franchigie e perti
Assistenza diretta

Franchigie e scoperti
Nessuno

E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

1.1. Prestazioni

La Compagnia copre le spese per ciascuna persona del nucleo, 1 volta l'anno:

- una seduta di ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale
- una visita specialistica odontoiatrica

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato

Regimi di erogazione
Assistenza diretta

Franchigie e scoperti
Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

D) ALTRE GARANZIE

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

Se per infortunio o malattia, l'Assistito 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'Assistito 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'Assistito 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'Assistito.

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'Assistito 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'Assistito 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'Assistito 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'Assistito la documentazione clinica.

c) Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando l'Assistito 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

Art. 10. Neonati

Se prevista dall'opzione prescelta, l'Assicurazione opera anche per le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici dei neonati, sempre che siano rispettate tutte le seguenti condizioni:

- il neonato può essere inserito in copertura anche se corrisposto il contributo per il solo Titolare (l'anno successivo il contributo verrà aggiornato per nucleo di due componenti) o per nucleo di due componenti (qualora il contributo corrisposto sia per il nucleo familiare di due persone, l'anno successivo al rinnovo deve essere corrisposto un contributo per nucleo per più di due persone);
- la nascita del neonato venga comunicata a Intesa Sanpaolo Protezione entro 30 giorni da quando è avvenuta purché la madre sia in copertura;
- le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici del neonato siano effettuati entro 1 anno dalla nascita (purché la madre sia in copertura) ed entro il limite di 30.000 euro.

Esempi:
Regime di Assistenza diretta - Garanzia ricoveri
Massimale € 100.000,00
Sub-Massimale Garanzia Neonati € 30.000,00
Costo della prestazione in assistenza diretta € 10.000,00
Nessuno scoperto
Prestazione autorizzata € 10.000,00
Regime rimborsuale - Garanzia Ricoveri
Massimale € 100.000,00
Sub-Massimale Garanzia Neonati € 30.000,00
Richiesta di rimborso € 40.000,00
Scoperto 30% minimo € 3.000,00
Indennizzo: € 28.000,00 (€ 40.000,00 - 30%).

CAPITOLO 3 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 11. Esclusioni

Sono esclusi dal Piano sanitario:

1) infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
2) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza
3) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
4) infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli a motore o natanti come guidatore o passeggero (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill";
5) infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti;
6) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo;
7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
8) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
9) spese in conseguenza di malattie mentali (elencate nella Classificazione Internazionale delle Malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
10) interruzione volontaria della gravidanza
11) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza, per tumori maligni
12) prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale), salvo quanto previsto nella garanzia prestazioni odontoiatriche laddove presente nell'opzione prescelta;
13) cure e interventi per eliminare o correggere malformazioni/difetti fisici o le loro conseguenze, salvo quanto previsto all'art. 10

14) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
15) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
16) ricoveri in lungodegenza;
17) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari. Non è in ogni caso riconosciuta per tale tipologia di interventi l'indennità sostitutiva di cui all'art. 9;
18) correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;
19) interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40 al momento dell'intervento); prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
20) prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel "dopo il ricovero";
21) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
22) spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini;
23) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale;
24) ricoveri impropri
25) infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, le relative conseguenze e complicanze;
26) le conseguenze dirette di Malattie (anche croniche e recidivanti), difetti fisici/malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della garanzia, ad eccezione di quanto previsto all'art. 13 "Estensioni di garanzia" nel caso di rinnovo dei contratti per più di quattro anni;
27) conseguenze dirette o indirette di Pandemie

Art. 12. Persone collegabili al Piano sanitario

Opzione On Smart Care:

- Titolare: età compresa tra i 18 e 50 anni
- Nucleo familiare:
  - Coniuge/convivente more uxorio/persona unita civilmente: età compresa tra i 18 (16 in caso di matrimonio autorizzato dal tribunale per i minorenni) e i 50 anni;
  - Figli fiscalmente a carico (totale o parziale): nessuna età minima di ingresso.

La copertura, anche in caso di rinnovo, termina comunque il 31 dicembre dell'anno in cui il Titolare ha compiuto il 95° anno di età. Nel caso in cui a compiere i 95 anni sia un soggetto diverso dal Titolare (es. il coniuge), il Titolare può mantenere la copertura per i soli Assistiti ancora all'interno dei limiti di età (es. sé stesso e figli). Nel caso in cui il limite di età venga superato dal Titolare, la copertura cessa sia per lui che per tutti gli altri Assistiti il 31 dicembre dell'anno in cui il Titolare ha compiuto il 95° anno di età.

Art. 13. Estensioni di garanzia

Sono escluse: malattie (anche croniche e recidivanti), difetti fisici/malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza del Piano Sanitario.

Se il Piano è stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro piano (individuale) con Intesa Sanpaolo Protezione le patologie pregresse (per le medesime garanzie e somme assicurate) sono escluse a partire dalla data di prima decorrenza.

Nel caso in cui un Assistito resti in copertura per più anni consecutivamente, le prestazioni effettuate a decorrere dal suo 5° anno di copertura potranno essere indennizzate anche quando riferite a patologie preesistenti rispetto al momento dell'ingresso in copertura, alle seguenti condizioni:

- dal quinto anno Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese relative al 15% dell'importo rimborsabile/liquidabile;
- dal sesto e settimo anno di copertura, Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese relative al 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;
- dall'ottavo e nono anno di copertura, Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese relative al 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;
- dal decimo anno di copertura, Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese relative al 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.

CAPITOLO 4 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 14 Oneri in caso di sinistro

In considerazione del fatto che, come indicato al precedente art. 2 del Capitolo 1, Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. eroga le prestazioni previste dal presente Piano sanitario, nel presente capitolo in cui vengono descritti degli oneri in caso di sinistro è necessario fare riferimento ad una terminologia assicurativa e quindi è giustificato l'utilizzo di termini quali la "Compagnia" e "l'Assicurato".

Denuncia

L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo Protezione non appena possono.
Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo[3].
Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione di Intesa Sanpaolo Protezione, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.
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 terapico prescritto dal medico curante ai fini della cura della patologia dell'assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura.

Intesa Sanpaolo Protezione respinge la richiesta di sinistro 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 o documentazione illeggibile
- 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

[3] Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- assenza di fattura/documentazione di spesa
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

Intesa Sanpaolo Protezione richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso 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 il beneficiario.

Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di Intesa Sanpaolo Protezione, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

Data del Sinistro
- Prestazioni ospedaliere: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita
- prestazioni fisioterapiche: 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 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 da Intesa Sanpaolo Protezione 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 polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare Intesa Sanpaolo Protezione
- 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:
  - estremi del testamento
  - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
  - 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:
  - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
  - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
  - 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 in queste CDA.

Tali previsioni non operano relativamente all'indennità sostitutiva che non è trasmissibile agli eredi in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima delle dimissioni.

Prestazioni intramoenia

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

Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità 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 dalla polizza. 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 di Intesa Sanpaolo Protezione, 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).

14.2 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'autorizzazione per ogni singola prestazione che deve eseguire; non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.
Limitatamente alle prestazioni odontoiatriche e fisioterapiche l'Assicurato deve richiedere autorizzazione solamente della prima prestazione prevista dal ciclo di terapia o dal piano di cura; le restanti autorizzazioni vengono invece effettuate dalla struttura sanitaria del Network.

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono
  - **800.99.17.89** da telefono fisso e cellulare (numero verde)
  - **0422.17.44.243** per chiamate dall'estero

Dati da fornire alla Centrale operativa

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

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

1) PRESCRIZIONE MEDICA

Prescrizione medica (anche di tipo elettronico) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia o sospetta tale** per la quale è richiesta la prestazione indicata in prescrizione.

- **è necessaria la prescrizione del medico di base o del medico specialista per** tutte le prestazioni
- per tutte le prestazioni 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: nel caso di richiesta di Assistenza diretta in via telefonica, per la Centrale operativa può essere sufficiente la **sola lettura** della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase
- Prestazioni di prevenzione (sanitaria e odontoiatrica)**: non è richiesta la prescrizione medica**

2) ULTERIORE DOCUMENTAZIONE SPECIFICA

- Prestazioni oncologiche di follow-up: **copia del tesserino "esenzione 048"**
- Prestazioni pre-Ricovero in regime di Assistenza diretta: **copia del certificato di prenotazione del Ricovero,** o dell'autorizzazione al Ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa in caso di Ricovero in regime di Assistenza diretta
- Ricoveri medici: **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione, ove previsti dal Contratto
- Prestazioni da eseguire in stato di "gravidanza a rischio": **certificato medico** che attesta la patologia e il **codice di esenzione** oppure **certificato del ginecologo** del dipartimento di medicina legale del Servizio Sanitario Nazionale
- Prestazioni necessarie a seguito di Infortunio:
  - **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.** In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può trasmettere un certificato redatto da medico specialista (diverso da quello che effettua direttamente o indirettamente le prestazioni) che dichiari: causa/e, luogo e dinamica dell'infortunio, unitamente alla descrizione delle lesioni subite dall'Assicurato e al nesso di causalità con l'infortunio. Il costo di tale certificato rimane a carico dell'Assicurato
  - 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**: indicazione anche del 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

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:
- da portale web o con l'app mobile
- per mail: assistenza.on@previmedical.it

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 10/11/2025;
VoucherSalute® valido fino al 31/12/2025, 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 4 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 4 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: 10/03/2025
Termine di indennizzo per le spese post ricovero: 120 giorni dalle dimissioni (10/07/2025)
Richiesta VoucherSalute®: 05/05/2025
VoucherSalute® emesso il 10/05/2025;
VoucherSalute® valido fino al 10/07/2025, per un totale 60 giorni dal 10/05/2025.

Esempio 2:
VoucherSalute® emesso il 10/12/2025;
VoucherSalute® valido fino al 31/12/2025, per un totale 21 giorni dal 10/12/2025.

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 segnalarla, 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

- l'Assicurato 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 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.on@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'evento.

L'eccezione prevista dal presente paragrafo si applica limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.
Il criterio di gravità si caratterizza come una condizione che mette in pericolo di vita il paziente o a rischio di compromissione definitiva una o più funzioni oppure a rischio di rapido peggioramento delle condizioni cliniche (ad esempio Infarto del miocardio).
In caso di necessità, qualora l'Assistito si trovi all'estero ed abbia la necessità di conoscere l'eventuale presenza di strutture convenzionate, può farlo per il solo tramite della Centrale Operativa, contattandola e chiedendo la presa in carico per i soli casi di ricovero.
Limitatamente alle prestazioni ospedaliere, 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.

Per tutte le altre prestazioni qualora sia certificata l'urgenza è possibile contattare la Centrale operativa che procede a specifiche valutazioni.

c) La prenotazione

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Protezione, 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, può richiederne il rimborso a Intesa Sanpaolo Protezione solo se previsto dalla relativa garanzia e alle specifiche condizioni in essa stabilite (per esempio scoperti o franchigie). Al di fuori di tali casi, le spese per la prestazione eseguita restano ad esclusivo carico dell'Assicurato.

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 dalle CDA), e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)
- Intesa Sanpaolo Protezione effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, 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., certificato di conformità rilasciato dall'ottico[4],...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: franchigie e scoperti, superamento di massimali).

14.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

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

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione 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, a 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)**

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

- **essere fatturate** da Istituto di Cura o da Centro Medico**.** La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi.**

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

Intesa Sanpaolo Protezione 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. 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. La fattura emessa da studio medico o medico specialista 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 o del medico specialista 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

6. **in caso di gravidanza a rischio**: certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
7. copia del **tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
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. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può trasmettere un certificato redatto da medico specialista (diverso da quello che effettua direttamente o indirettamente le prestazioni) che dichiari: causa/e, luogo e dinamica dell'infortunio, unitamente alla descrizione delle lesioni subite dall'Assicurato e al nesso di causalità con l'infortunio. Il costo di tale certificato rimane a carico dell'Assicurato.
   - se l'evento dannoso 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 anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole)

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti (es. certificato anamnestico redatto dal medico curante generico o da specialista e relativi referti) 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.onsalute.it – Piani individuali – Pratiche)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che Intesa Sanpaolo Protezione considera equivalente all'originale. Intesa Sanpaolo Protezione 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.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta: se si accerta che la polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione

- Intesa Sanpaolo Protezione ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve
• restituire a Intesa Sanpaolo Protezione tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
• oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

CAPITOLO 5 – HOME INSURANCE

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**.
L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. 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.

2. CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Sul sito internet www.onsalute.it
Area riservata – Piani individuali – Documenti (Area riservata – Condizioni di assicurazione, sezione "Gestisci la tua polizza on line", inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri).

Web (http: www.onsalute.it***)***
Area riservata – Piani individuali - Pratiche. Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

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

App mobile "Citrus"
Con l'app mobile "Citrus®, è possibile:

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

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

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 evento.

OPZIONE 3 – ON SMART CARE	
Garanzia	**Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie**
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con o senza intervento in Istituto di cura, Day Hospital/Day surgery, Intervento Ambulatoriale	
Massimale	100.000 euro
Condizioni	
- diretta	Ricoveri scoperto 10% min 750 euro franchigia massima 2.000 euro Day Hospital-Day Surgery scoperto 10% min. 500 euro franchigia massima 2.000 euro Intervento Ambulatoriale scoperto 10% min. 350 euro franchigia massima 2.000 euro
- rimborso	Ricoveri scoperto 25% min 2.500 euro Day Hospital-Day Surgery scoperto 25% min. 800 euro intervento Ambulatoriale scoperto 25% min 250 euro
Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma prestazioni effettuate da medici non convenzionati	Come rimborsuale
Pre/post	90/120
Condizioni	
Pre e post diretta	Come ricovero
Pre e post a rimborso	Come ricovero
Ticket	Nessuno scoperto/franchigia
Trasporto malato	1.000 euro
Spese accompagnatore	30 euro al giorno, max. 50 giorni
DIARIA – Ricovero SSN	80 euro al giorno max 100 gg
Pre e post	90/120
Sub-massimale	Incluso nel massimale dei ricoveri
Pre e post diretta	Come ricovero
Pre e post a rimborso	Come ricovero
Ticket	Nessuno scoperto/franchigia
Sub limiti per ricoveri particolari	
Parto naturale	solo in caso di SSN: indennità 250 euro al giorno max 4 gg
Parto cesareo e aborto terapeutico	4.000 euro
Interventi ricostruttivi	5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria
Limite robot	3.000 euro
Neonati	fino a 1 anno, con il massimo assoluto di 30.000 euro
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Alta diagnostica	
Massimale	1.500,00 euro
Condizioni:	
diretta	Scoperto 20%, minimo 50 euro
rimborsuale	Scoperto 30%, minimo 200 euro
ticket	Nessuna franchigia/scoperto
D) PREVENZIONE	
1.Check-up in network	*2 pacchetti a scelta fra quelli sotto riportati

Pacchetto 1: prevenzione Cardiovascolare	Uomini e donne – da elenco
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
Pacchetto 2: prevenzione Oncologica	da elenco
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia – unica soluzione
Pacchetto 3: prevenzione Pediatrica	1 visita fra i 6 e i 12 mesi; 1 visita ai 4 anni; 1 visita ai 6 anni
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
Pacchetto 4: prevenzione Oculistica	da elenco
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
Pacchetto 5: prevenzione della sindrome metabolica	colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi
Condizioni:	1 volta l'anno
Assistenza diretta	Nessuno scoperto/franchigia
Pacchetto 6: prevenzione delle vie respiratorie	da elenco
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
Pacchetto 7: prevenzione dermatologica	1 visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
Pacchetto 8: prevenzione otorinolaringoiatrica	1 visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
Pacchetto 9: prevenzione posturale	1 visita fisiatrica; valutazione posturologica
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia - unica soluzione
Pacchetto 10: prevenzione osteoporosi	MOC, accertamenti di laboratorio per il controllo del metabolismo del calcio
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia - unica soluzione
2.Visite di controllo in network	2 visite al 100%
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto / franchigia
E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
PREVENZIONE ODONTOIATICA **Visita + ablazione del tartaro**	1 volta l'anno per persona
Condizioni:	
diretta	Nessuno scoperto/franchigia
F) ALTRE GARANZIE	
Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca istituti di cura	previsto

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

ONHC
ON SALUTE

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

ALLEGATO: PREMI

PREMI PER PIANO E ETA'

PREMI PER PIANO E ETA'	
	ON SMART CARE
Fasce di ingresso	**Età ingresso fino a 50 anni**
18-30	552
31-40	744
41-50	1.068
51-60	
61-70	
71-75	

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

TARIFFA PERMANENZA SINGLE

OPZIONE	ON SMART CARE
Età titolare	Età ingresso fino a 50 anni
18-30	552
31-40	744
41-50	1.068
51-60	
61-70	
71-75	
51	1.104
52	1.140
53	1.176
54	1.212
55	1.248
56	1.284
57	1.320
58	1.356
59	1.392
60	1.428
61	1.476
62	1.524
63	1.572
64	1.620
65	1.668

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

66	1.716
67	1.764
68	1.812
69	1.872
70	1.932
71	2.028
72	2.124
73	2.232
74	2.340
75	2.460
76	2.580
77	2.712
78	2.844
79	2.988
80	3.132
81	3.288
82	3.456
83	3.624
84	3.804
85	3.996
86	4.200
87	4.416
88	4.632
89	4.860
90	5.100

91	**5.352**
92	**5.616**
93	**5.892**
94	**6.192**
95	**6.504**

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

NUCLEO

Età ingresso fino a 50 anni	ON SMART CARE
18-30	**552 €**
2 persone	641 €
2+persone	1.193 €
31-40	**744 €**
2 persone	864 €
2+persone	1.608 €
41-50	**1.068 €**
2 persone	1.241 €
2+persone	2.309 €

COPPIA

Età titolare
18-30
31-40
41-50
51-60
61-70
71-75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89

90
91
92
93
94
95

	ON SMART CARE
Età titolare	Età ingresso fino a 50 anni
18-30	641
31-40	864
41-50	1.241
51-60	
61-70	
71-75	
51	1.284
52	1.320
53	1.356
54	1.392
55	1.428
56	1.476
57	1.524
58	1.572
59	1.620
60	1.668
61	1.716
62	1.764
63	1.812
64	1.872

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

65	1.932
66	1.992
67	2.052
68	2.112
69	2.172
70	2.232
71	2.340
72	2.460
73	2.580
74	2.712
75	2.844
76	2.988
77	3.132
78	3.288
79	3.456
80	3.624
81	3.804
82	3.996
83	4.200
84	4.416
85	4.632
86	4.860
87	5.100
88	5.352
89	5.616

90	**5.892**
91	**6.192**
92	**6.504**
93	**6.828**
94	**7.164**
95	**7.524**

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE/INDENNITA'

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e, in caso di rimborso, a quella 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 - 31022 Preganziol (TV) - Località Borgo Verde

☐ **Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO/INDENNITA'** ☐ **Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE**

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO CUI SI RIFERISCE IL RIMBORSO/INDENNITA'

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

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a il _____ **Luogo di nascita** _____

Cellulare* _____ **Telefono** _____

E-mail* _____ **Codice Fiscale** _____

DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO CHE RICHIEDE IL RIMBORSO/INDENNITA'

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

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a il _____ **Luogo di nascita** _____

Codice Fiscale _____

Indicare il rapporto (coniuge, legale rappresentante, etc) _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso/indennità se previste da polizza:

- Ricovero in istituto di cura ..... ☐
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post) ..... ☐
- Indennità da ricovero ..... ☐
- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi ..... ☐
- Visite specialistiche, esami di alta diagnostica e di laboratorio ..... ☐
- Lenti e occhiali ..... ☐
- Altro ..... ☐

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture:

	N° Fattura/ Ricevuta	Ente emittente	Data Fattura/ Ricevuta	IMPORTO
1				,
2				,
3				,
4				,
5				,
6				,
7				,
			Totale richiesto:	,

Ai fini della presente domanda di rimborso/indennità il/la sottoscritto/a dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

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 per i minori.

Se previsto dalle Condizioni di assicurazione, il pagamento del rimborso/indennità verrà effettuato dalla Compagnia nei confronti del Fondo/Cassa/altro Ente, il quale successivamente provvederà a liquidare l'Assicurato.

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO/INDENNITA'

☐ NO ☐ SI* _____

SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO N° DI POLIZZA

N.B.: L'Assicurato non può richiedere il contestuale pagamento delle spese sostenute a due Compagnie

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:
Nome/Cognome Controparte: _____
Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: _____
Numero di Polizza: _____
Data Evento:
Allegare la seguente documentazione:

☐ certificato di pronto soccorso

SOLO IN CASO DI INCIDENTE STRADALE ALLEGARE ANCHE VERBALE DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

N° altri documenti allegati **IN FOTOCOPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro): _____

Coordinate bancarie del conto corrente dell'assicurato su cui effettuare il rimborso/indennità (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle presenti nella propria area iscritto)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Data compilazione: _____ Firma dell'Assicurato: _____

(*se incapace, firma del soggetto che richiede il rimborso/indennità in sua vece)*

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Tenuto conto dell'Informativa resami ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., prendo atto del trattamento dei miei Dati Personali effettuato per le finalità descritte nell'Informativa.

Inoltre, apponendo la mia firma in calce, confermo il mio consenso in relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali, compresa la loro comunicazione e successivo trattamento da parte delle categorie di destinatari di cui all'Informativa, necessario per il perseguimento delle finalità indicate nella stessa.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'Assicurato _____ Firma per Consenso _____

(*se incapace, firma del soggetto che richiede il rimborso/indennità in sua vece)*

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 soggetti[1] 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.

[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.

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 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 dati**[2] ,
- **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.

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

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE

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.

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 EFFETTUIAMO? 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***
a) Consenso (art. 6.1 lettera a) del GDPR e art. 9.2 lettera a) del GDPR) **----------** **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.**	Effettuiamo attività di **marketing diretto** e **indiretto** ed in particolare: - 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. Trattiamo 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).
b) Contratto e misure precontrattuali (art. 6.1 lettera b) del GDPR)	Prestiamo i servizi richiesti e diamo **esecuzione ai contratti** o agli atti relativi alle **fasi precontrattuali.**

c) Obbligo di legge *(art. 6.1 lettera c) del GDPR)*	Adempiamo a **prescrizioni normative,** ad esempio in ambito fiscale e in materia di antiriciclaggio, di anticorruzione e di prevenzione delle frodi nei servizi di pagamento. Adempiamo 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.).
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

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.

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 accordo[3].

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.

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