



APPENDICE N. 3 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DEL SET INFORMATIVO FI 3410-06/2025

Contraente	EBITEMP – Ente bilaterale nazionale per il lavoro temporaneo
Data effetto	01/06/2026

Si stabilisce di modificare le Condizioni di Assicurazione (definite anche CDA) del Set Informativo **FI 3410-06/2025** come di seguito specificato:

1) Il **numero di riferimento del set informativo** si intende modificato come segue: **FI 3410-06/2026**.

2) Glossario

Al Glossario vengono inserite le seguenti definizioni:

“Conclusione del trattamento attivo della patologia: ai fini della formazione dell'“oblio oncologico”, per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.”

“Diritto all'oblio oncologico: il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193, in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.”

3) L'art. 6 **“Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario”** viene rinominato **“Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Diritto all'oblio oncologico - Questionario sanitario”** e integrato come segue nella parte sottolineata:

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

Intesa Sanpaolo Protezione si riserva sempre il diritto di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività nei loro confronti dell'Assicurazione.



Se l'Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193, e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.

Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile al seguente link: <https://www.intesasanpaoloprotezione.com/it/oblio-oncologico.html>.

L'Assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.

Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità dell'Assicurato. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'Assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

4) L'art. 17 “Reclami” viene rinominato “Reclami – Richiesta di informazioni” e integralmente sostituito come segue:

“È possibile inoltrare eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri a Intesa Sanpaolo Protezione scegliendo tra una delle seguenti modalità:

- compilando on line il modulo <https://www.intesasanpaoloprotezione.com/it/contatti/inviare-reclamo.html>
- inviando una e-mail a reclami@intesasanpaoloprotezione.com, oppure una PEC a reclami@pec.intesasanpaoloprotezione.com
- inviando un fax al numero +39 011.093.00.15
- scrivendo a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. - Gestione Reclami e Qualità del servizio - Via S. Francesco d'Assisi, 10 - 10122 Torino

Intesa Sanpaolo Protezione dovrà fornire riscontro entro e non oltre il termine di 45 giorni dal ricevimento del reclamo. In caso di esito insoddisfacente del reclamo o in caso di assenza di risposta o di risposta tardiva da parte di Intesa Sanpaolo Protezione, è possibile rivolgersi all'Autorità di Vigilanza competente in materia: IVASS - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; Fax: 06.42133206; PEC: ivass@pec.ivass.it; Info su: www.ivass.it.



È possibile richiedere informazioni in merito al Contratto di assicurazione e alla sua gestione:

- compilando il form online (<https://www.intesasanpaoloprotezione.com/contatti>);
- inviando una e-mail a: comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com;
- contattando la Centrale Operativa, al numero indicato nel capitolo 3 "Liquidazione dell'indennizzo", art. 24 "Oneri in caso di Sinistro e procedura di accesso alle prestazioni", paragrafo "Denuncia".

5) L'art 18 "Foro competente" viene rinumerato "Art. 18 bis. Foro competente".

6) L'art. 18 "Foro competente viene sostituito dal seguente:

"Art. 18. Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

La legge prevede che tutte le controversie relative alla formazione o al contenuto del contratto, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, debbano essere sottoposte a procedure alternative di conciliazione: la Negoziazione assistita, la Mediazione e l'Arbitro Assicurativo. Per maggiori dettagli si rinvia al sito www.intesasanpaoloprotezione.com. Se i sistemi alternativi di risoluzione delle controversie non hanno avuto successo e si intende proseguire nella causa civile, occorre rivolgersi all'organo giudiziario competente".

7) APPENDICE N. 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DEL SET INFORMATIVO FI 3410-06/2025

L'operatività di quanto elencato al **punto 2)** dell'Appendice in rubrica, originariamente prevista per il periodo 16/02/2026-31/05/2026, viene estesa **anche alle annualità assicurative 1/6/2026-31/05/2027 e 1/6/2027-31/5/2028.**

8) Diagnostica strumentale

La **garanzia 2 "Diagnostica strumentale"** di cui all'art. 21 "Descrizione delle prestazioni assicurate", **così come modificata dall'"APPENDICE N. 2 ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DEL SET INFORMATIVO FI 3410 -06/2025"**, si intende ulteriormente modificata come segue con l'inserimento delle parti sottolineate e la cancellazione di quelle barrate:

"2. DIAGNOSTICA STRUMENTALE

"2.1 Prestazioni



Sono riconosciute le spese esclusivamente per le seguenti prestazioni di diagnostica strumentale: ~~come~~ radiografie, ecografie, Tac, risonanze magnetiche, Moc, scintigrafie, elettrocardiogrammi di tutti i generi, ecocardiogrammi, elettroencefalogrammi, elettromiografie, endoscopie varie, doppler}.

2.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 700,00 euro per Assicurato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale



Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 25% - Indennizzo massimo 50 euro per prestazione
- Regime rimborsuale: scoperto del 25% - Indennizzo massimo 50 euro per prestazione

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 700,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 250,00

Scoperto del 25%

Indennizzo € 50,00 (pari all'indennizzo massimo per prestazione)

Regime rimborsuale

Massimale € 700,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 250,00

Scoperto del 25%

Indennizzo € 50,00 (pari all'indennizzo massimo per prestazione)"

9) TICKET PER UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

La garanzia 5 "TICKET PER UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE" di cui all'art. 21 "Descrizione delle prestazioni assicurate", si intende modificata come segue con l'inserimento delle parti sottolineate e la cancellazione di quelle barrate:

"TICKET PER UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

5.1. Prestazioni

È garantito il rimborso dei ticket (compartecipazione alla spesa sanitaria) relativi esclusivamente alle seguenti prestazioni:

- esami di laboratorio; ~~come~~ esami del sangue e urine}
- diagnostica strumentale; ~~come~~ radiografie, ecografie, Tac, risonanze magnetiche, Moc, scintigrafie, elettrocardiogrammi di tutti i generi, ecocardiogrammi, elettroencefalogrammi, elettromiografie, endoscopie varie, doppler}
- visite specialistiche
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi
- interventi ambulatoriali eseguiti da personale medico

Il rimborso viene erogato solo se la prestazione si è svolta in regime di compartecipazione con il sistema sanitario nazionale indipendentemente da dove venga effettuata la prestazione (aziende sanitarie territoriali, aziende ospedaliere o strutture sanitarie private accreditate dalle Regioni, etc..). Il rimborso si intende comprensivo delle quote aggiuntive regionali.

Non è previsto il rimborso per le prestazioni private, per quelle usufruite in intramoenia, per i farmaci, per materiale sanitario e per prestazioni diverse da quelle sopra elencate.

5.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato

Regimi di erogazione

Utilizzo Servizio Sanitari Nazionale

Franchigie e scoperti
Nessuno”

10) SCHEDE RIASSUNTIVA

L'allegato 1 “Scheda riassuntiva” si intende sostituito dal nuovo documento allegato.

Fermo il resto.

Il Contraente

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

La presente appendice è stata emessa a Milano il 21/05/2026.

Allegato 1: Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. I massimali si intendono per Assicurato e gli scoperti/franchigie per evento.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Garanzia	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	Elenco Grandi interventi chirurgici come da allegato
Massimale	100.000 euro per Assicurato Scoperto 30% per materiale protesico e presidi terapeutici
Assistenza diretta	Nessuno Scoperto/Franchigia
Regime rimborsuale	Franchigia 1.000 euro
Pre / post	120/120 gg. Scoperto 20% in regime rimborsuale
Indennità sostitutiva	120 euro al giorno, massimo 60 giorni per ricovero
INDENNITA' DA RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON/SENZA INTERVENTO CHIRURGICO ANCHE IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY	
Indennità per ogni giorno di ricovero	60 euro al giorno, massimo 80 giorni per ricovero
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. VISITE SPECIALISTICHE	
Massimale	500 euro
Assistenza diretta	Scoperto 25% minimo 20 euro
Regime rimborsuale	Scoperto 25% minimo 20 euro
2. DIAGNOSTICA STRUMENTALE	
Massimale	700 euro
Assistenza diretta	Scoperto 25% Massimo indennizzo 50 euro per prestazione
Regime rimborsuale	Scoperto 25% Massimo indennizzo 50 euro per prestazione
3. ALTA DIAGNOSTICA PER MALATTIE ONCOLOGICHE	
Massimale	5.000 euro
Assistenza diretta	Nessuno Scoperto/Franchigia
Regime rimborsuale	Scoperto 20%
4. PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE	
Massimale	1.000 euro
Regime rimborsuale	Scoperto 20% minimo 70 euro
5. TICKET PER UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	
Massimale	Prestazioni da elenco
	Illimitato
S.S.N.	Nessuno Scoperto/Franchigia
C) PREVENZIONE	
2 pacchetto a scelta all'anno tra i seguenti:	Prevenzione DONNA, Prevenzione UOMO, Prevenzione cardiovascolare, Prevenzione oculistica, Prevenzione posturale, Prevenzione dermatologica, Prevenzione delle vie respiratorie, Prevenzione allergie e intolleranze, Prevenzione otorinolaringoiatrica, Prevenzione apparato digerente
Massimale	Illimitato
Assistenza diretta	Nessuno Scoperto/Franchigia
D) ALTRE CONDIZIONI	
Scontistica presso i negozi fisici "Salmoiraghi & Viganò" e "Grand Vision"	Compreso