

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

Contraente	EBITEMP – Ente bilaterale nazionale per il lavoro temporaneo
-------------------	---

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

1) Limitatamente all'annualità assicurativa 1/6/2025-31/5/2026:

- a) Il punto **"1. VISITE SPECIALISTICHE"** di cui alla **"Sezione II – CAPITOLO 1-PRESTAZIONI ASSICURATE – B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE"**, viene modificato come segue con l'inserimento delle parti sottolineate:

"1.1 Prestazioni


Sono riconosciute le spese per Visite specialistiche (escluse odontoiatriche, psichiatriche, ortodontiche e pediatriche).

**1.2 Regimi e condizioni di erogazione
Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 500,00 euro per Assicurato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 50% con il minimo di 20,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 50% con il minimo di 20,00 euro

Esempi:
Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della visita specialistica € 150,00

Scoperto del 50% con il minimo di 20,00 euro

Indennizzo € 75,00 (€ 150,00 – 50%)

Regime rimborsuale

Massimale € 500,00

Costo della visita specialistica € 150,00

Scoperto del 50% con il minimo di 20,00 euro

Indennizzo € 75,00 (€ 150,00 – 50%)



- b) Il punto **"2. DIAGNOSTICA STRUMENTALE"** di cui alla **"Sezione II – CAPITOLO 1-PRESTAZIONI ASSICURATE – B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE"**, viene modificato come segue con l'inserimento delle parti sottolineate:

"2.1 Prestazioni"



Sono riconosciute le spese per 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 50% - Indennizzo massimo 50 euro per prestazione
- Regime rimborsuale: scoperto del 50% - Indennizzo massimo 50 euro per prestazione

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 700,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 250,00

Scoperto del 50%

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

Regime rimborsuale

Massimale € 700,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 250,00

Scoperto del 50%

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

c) Regolazione premio

A parziale deroga dell'art. 10 "Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio", punto 10.3 "Regolazione del Premio", si conviene che il pagamento del Premio relativo alla regolazione del secondo semestre potrà essere effettuato dal Contraente entro il 31/10/2026. L'appendice di regolazione Premio del secondo semestre sarà emessa dalla Compagnia entro 60 giorni dal termine dell'annualità assicurativa.

2) Limitatamente al periodo dalle ore 00:00 del 16/2/2026 alle ore 24:00 del 31/5/2026:

- a) le lettere a) e b) di cui al punto 1) suindicato, vengono ulteriormente modificate come segue con l'inserimento delle parti sottolineate e la cancellazione di quelle barrate:



“1.1 Prestazioni



Sono riconosciute le spese per Visite specialistiche (escluse odontoiatriche, psichiatriche, ortodontiche e pediatriche).

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 500,00 euro per Assicurato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del ~~50%~~ 25% con il minimo di 20,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del ~~50%~~ 25% con il minimo di 20,00 euro

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della visita specialistica € 150,00

Scoperto del ~~50%~~ 25% con il minimo di 20,00 euro

Indennizzo € 75,00 112,50 (€ 150,00 – ~~50%~~ 25%)

Regime rimborsuale

Massimale € 500,00

Costo della visita specialistica € 150,00

Scoperto del ~~50%~~ 25% con il minimo di 20,00 euro

Indennizzo € 75,00 112,50 (€ 150,00 – ~~50%~~ 25%)”

“2.1 Prestazioni



Sono riconosciute le spese per 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 ~~50%~~ 25% - Indennizzo massimo 50 euro per prestazione
- Regime rimborsuale: scoperto del ~~50%~~ 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 ~~50%~~ 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 ~~50%~~ 25%

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

b) il punto 1) dell'art. 21 **"Descrizione delle prestazioni assicurate"**, viene modificato come segue con la cancellazione delle parti barrate:

- 1) "sono ricomprese in copertura le Malattie (anche croniche e recidivanti) che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della copertura nei confronti dell'Assicurato. Tale estensione non vale invece per gli Infortuni verificatisi prima dell'inserimento dell'Assicurato in copertura. ~~Con riferimento alla Malattia, si specifica che le "algie" di qualsiasi natura (es. lombalgia, sciatalgia, cervicalgia) rappresentano dolori localizzati o sintomi, ma non "patologie". Non si considerano patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Assicurato deve inviare alla Compagnia non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie, stati d'essere o in generale Segni e Sintomi in capo all'Assicurato, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni;~~"

c) l'"**ALLEGATO 3 – Grandi Interventi Chirurgici**", viene sostituito con quello allegato alla presente appendice.

Fermo il resto

Il Contraente

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

La presente appendice è stata emessa a Milano il 6 febbraio 2026.