



**INTESA SANPAOLO
PROTEZIONE**

Copertura Sanitaria per
EBITEMP –
**Ente bilaterale nazionale per
il lavoro temporaneo**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

MODELLO FI3410

Edizione 06/2025

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

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

SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 42:

SEZIONE I

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

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - da pag. 15
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 27
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 29

ALLEGATI

- Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679
- Allegato Grandi Interventi Chirurgici

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

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

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo.

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

Box verde: esempi.

Sezione I

GLOSSARIO

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

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

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

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'Assicurazione.

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

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

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

La Compagnia paga direttamente le strutture del Network per le prestazioni oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto quando tali prestazioni siano in convenzione e vengano erogate da medici convenzionati; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale operativa, da pagare alle strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dal Contratto.

Si specifica che nel caso in cui l'Assicurato acceda a prestazioni ospedaliere in strutture convenzionate del Network con medici non convenzionati o per prestazioni ospedaliere non convenzionate, restano a carico dell'Assicurato le spese relative al medico non convenzionato o alla prestazione medica non convenzionata.

Assistenza diretta domiciliare: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale operativa
- riceve le prestazioni a domicilio da medici/professionisti convenzionati con il Network.

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

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

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

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

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

Centrale operativa: struttura individuata per:

- fornire informazioni relative alle coperture assicurative e al Network,
- autorizzare le prestazioni in Assistenza diretta (anche domiciliare).

La Centrale operativa è attiva dal lunedì al venerdì dalle h. 7:00 alle h. 23:00, festivi esclusi.

Centro medico: struttura, anche non adibita al Ricovero,

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

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

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

Compagnia: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

Contraente: EBITEMP – Ente bilaterale nazionale per il lavoro temporaneo, che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del pagamento del premio.

Contratto: il presente contratto di assicurazione.

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

Non è Day Hospital/Day Surgery la permanenza al Pronto Soccorso o in O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva).

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

Data sinistro:

- **per le prestazioni ospedaliere:** la data del Ricovero o, se non c'è stato Ricovero, dell'Intervento chirurgico in ambulatorio;
- **per le Prestazioni Correlate al Sinistro:** data dell'effettuazione della prestazione sanitaria;
- **per le prestazioni Extra Ospedaliere:** la data della singola prestazione sanitaria;
- **per le prestazioni fisioterapiche:** la data della singola prestazione fisioterapica;
- **per le prestazioni oncologiche:** data della singola prestazione oncologica.

Degenza impropria: la degenza in Istituto di cura con pernottamento (Ricovero) o senza pernottamento (Day Hospital/Day surgery) durante la quale sono effettuate prestazioni non complesse (piccoli interventi, terapie, accertamenti diagnostici anche pre intervento, ecc.), per tali intendendosi prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale che non prevedono elevati livelli di coordinamento clinico e organizzativo e che esauriscono la loro finalità diagnostica, terapeutica o riabilitativa al momento dell'esecuzione con pari efficacia e minori rischi rispetto a un livello di assistenza meno intensivo.

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

Difetto fisico/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, salvo laddove espressamente previsto.

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

Gravidanza: periodo compreso fra l'attestazione dello stato di gravidanza e l'espulsione del feto.

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

Indennità sostitutiva: somma di denaro forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero della salute a domicilio dell'Assicurato a seguito di Ricoveri che non comportano spese sanitarie a suo carico, durante il Ricovero.

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

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

Intervento ambulatoriale: intervento di piccola chirurgia senza degenza, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.

Non costituisce Day Hospital/Day Surgery la permanenza in reparto a seguito di Intervento ambulatoriale. Costituiscono Intervento ambulatoriale i Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (P.A.C.C.).

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

Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.

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

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

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

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

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

Non sono Istituto di cura:

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

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

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

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da Infortunio. Non sono considerati malattia la gravidanza, l'infertilità e i vizi di rifrazione.

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

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

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

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

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco delle strutture aggiornato è consultabile sul sito www.intesasanpaoloprotezione.com o nell'App mobile.

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

PACC: Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati consistenti in prestazioni multiple integrate e/o complesse tali da non richiedere, per tutta la durata del singolo accesso, sorveglianza ed osservazione medica ed infermieristica protratta. Rientrano negli Interventi ambulatoriali.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Parti: la Compagnia e il Contraente.

Polizza: Assicurazione.

Premio: la somma che il Contraente deve pagare alla Compagnia per beneficiare delle garanzie prestate.

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

Presidio medico pubblico sostitutivo: fa parte del sistema di emergenza territoriale e ne fanno parte, ad esempio, i punti di primo soccorso ed il servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica).

Prestazioni Correlate al Sinistro: prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero (così come descritto nella sezione A) Prestazioni ospedaliere) o l'Intervento chirurgico, ed effettuate in vigenza contrattuale (pre e post).

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

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.

Sono escluse, per esempio, le ortesi (come tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Quesito diagnostico: indicazione di diagnosi già accertata o sospettata per la cui definizione della patologia o delle eventuali complicanze viene richiesta una prestazione medica o una consulenza.

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

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

Se previsto, costituisce parte integrante del Contratto.

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

Regime rimborsuale: regime per cui sono rimborsate all'Assicurato, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Contratto, le spese sostenute per:

- le prestazioni ricevute dall'Assicurato all'interno di strutture sanitarie liberamente scelte;
- le prestazioni ricevute dall'Assicurato all'interno di una struttura rientrante nel Network, qualora tali prestazioni non siano convenzionate oppure non sia convenzionato il medico che le esegue.

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.

Non costituisce Ricovero la permanenza in O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva) o in Pronto Soccorso.

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

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

Segno: manifestazione oggettiva che non identifica una sospetta patologia. Comprende anomalie fisiche, come gonfiore, eritema, o alterazioni nei valori vitali (ad esempio, febbre o pressione sanguigna elevata).

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

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

Sinistro: si considerano tali le seguenti prestazioni:

- **prestazioni ospedaliere:** singolo Ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo Intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle Prestazioni Correlate al Sinistro, solo se eseguite in vigenza contrattuale
N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un Ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.
- **prestazioni extraospedaliere:** ogni singolo accertamento, visita ed esame.
- **prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.
- **cure oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.

Sintomo (o algia o stato d'essere): manifestazione soggettiva della patologia riferita direttamente dal paziente. I sintomi possono includere esperienze come dolore, affaticamento, nausea, o vertigini.

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

Sub-Massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascuna annualità e per singola garanzia, nell'ambito del Massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per singolo Assicurato.

Per Ricoveri con Intervento chirurgico il sub-Massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

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

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

Titolare: persona fisica che acquisisce la qualifica di Assicurato per il suo legame con il Contraente (es. lavoratore dell'azienda).

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

Devono essere effettuati 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 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

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

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

Sito: www.intesasanpaoloprotezione.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com

Art. 2. Carenza

Non prevista.

Art. 3. Indicizzazione dei Premi e delle somme assicurate

I Premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 4. Cosa si assicura

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

Art. 5. Categorie assicurate

- Lavoratori in somministrazione (sia a tempo determinato che indeterminato) dipendenti dalle Agenzie per il Lavoro associate a Ebitemp (Titolari) non rientranti tra le categorie di cui all'art. 23 "Persone non assicurabili".
Tutti gli Assicurati devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale.

Art. 6. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo e può cessare l'Assicurazione³.

La Compagnia 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.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 7. Altre assicurazioni/coperture

L'Assicurato, anche per mezzo del Contraente che ne abbia conoscenza, deve comunicare alla Compagnia se sono state stipulate altre assicurazioni per il medesimo rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, la Compagnia non è tenuta a pagare l'Indennizzo.

¹ G.U. 236 dell'8 ottobre 1996

² G.U. 185 del 10 agosto 2006

³ Articoli 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice civile.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza, indicando a ciascuno il nome degli altri⁴. L'Assicurato deve effettuare la suddetta comunicazione anche se lo stesso rischio è coperto direttamente o indirettamente da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi sanitari integrativi, società di mutuo soccorso e simili. In caso di pagamento, la Compagnia può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento⁵. Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre compagnie assicurative deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le copie delle fatture relative al rimborso⁶.

Art. 8. Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso

8.1 Decorrenza

L'Assicurazione dura 3 anni dalle ore 00:00 del giorno 01/06/2025 alle ore 00 del 01/06/2028 e ha effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01/06/2025 se la prima rata di Premio è stata pagata entro il 31 luglio 2025;
- altrimenti dalle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente paga quanto dovuto.

8.2 Tacito rinnovo

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

8.3 Diritto di recesso

Le Parti non possono recedere dal Contratto.

Art. 9. Pagamento del Premio – Anagrafica ed entrata in copertura dei singoli Assicurati

9.1 Pagamento del Premio

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

Pur essendo annuo e indivisibile, è frazionato in due rate semestrali.

Il Premio di ciascuna annualità viene calcolato su un numero minimo di 140.000 Titolari assicurati e resta in ogni caso acquisito dalla Compagnia anche se il numero definitivo dovesse risultare inferiore.

Il pagamento del Premio viene stabilito come segue:

- per la prima annualità:
 - 1° rata semestrale, pari al 50% del premio totale, entro il 31 luglio 2025;
 - 2° rata semestrale, pari al restante 50% del premio totale, entro il 31 dicembre 2025;

⁴ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

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

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

- per la seconda e la terza annualità:
 - 1° rata semestrale, pari al 50% del premio totale, entro il 30 giugno 2026 per la seconda annualità e 30 giugno 2027 per la terza annualità;
 - 2° rata semestrale, pari al restante 50% del premio totale, entro il 31 dicembre 2026 per la seconda annualità e 31 dicembre 2027 per la terza annualità.
- b) Se il Contraente non paga le rate seguenti alla prima rata di premio della prima annualità alle scadenze convenute alla precedente lett. a), l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
- c) Nelle ipotesi di mancato pagamento della prima rata di premio della prima annualità così come nell'ipotesi di mancato pagamento delle rate di premio successive, il presente contratto è risolto di diritto se la Compagnia, nel termine di sei mesi dal giorno in cui la rata di premio è scaduta, non agisce per la riscossione ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile; la Compagnia ha comunque diritto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese.

9.2 Trasmissione anagrafica ed entrata in copertura dei singoli Assicurati

Il Contraente deve far pervenire alla Compagnia le Anagrafiche tramite tracciato informatico concordato.

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

Si precisa che per tutte le Anagrafiche in ingresso nel corso della prima annualità assicurativa, fino alla soglia di n° 140.000 Titolari assicurati, la copertura assicurativa avrà decorrenza dal 1° giugno 2025, fermo il pagamento del Premio nei termini stabiliti dal precedente comma 9.1. Oltre la soglia dei 140.000 Titolari assicurati, la decorrenza della copertura assicurativa sarà quella indicata dal Contraente e potrà essere retroattiva non oltre 30 giorni rispetto alla data di comunicazione alla Compagnia.

Art. 10. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

10.1 Nuovi ingressi dal 01/06/2026

La copertura per il Titolare è comunicata dal Contraente alla Compagnia mediante trasmissione dell'Anagrafica.

La decorrenza della copertura è comunicata dal Contraente e potrà essere retroattiva fino a 30 giorni rispetto alla data della comunicazione.

Per le inclusioni nel primo semestre (che inizia dal momento della decorrenza dell'Assicurazione): è dovuto il 100% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

Per le inclusioni nel secondo semestre (che inizia dal momento della decorrenza dell'Assicurazione): è dovuto il 60% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

10.2 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in cui si è verificata la causa di esclusione dell'Assicurato.

10.3 Regolazione del Premio

Oltre a quanto previsto al comma 9.2 "Trasmissione anagrafica ed entrata in copertura dei singoli Assicurati":

- per la prima annualità assicurativa:
entro 30 giorni dall'eventuale superamento della soglia dei 140.000 Titolari assicurati, si procede alla regolazione contabile del Premio dovuto per la prima annualità assicurativa
- per la seconda e la terza annualità assicurativa:
entro 15 giorni prima della scadenza delle singole quietanze di premio, si consegna la regolazione contabile del Premio a seguito delle inclusioni nel periodo di copertura trascorso.

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

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

Art. 11. Estensione Territoriale

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

Art. 12. Forma delle comunicazioni

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

Art. 13. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) Condizioni di Assicurazione
- b) Informativa Privacy di cui all'Allegato 2 del presente Contratto.

La suddetta documentazione è l'unica rispetto alla quale la Compagnia si assume obblighi con riferimento alle prestazioni ivi indicate. La redazione di eventuali altri documenti (es. guide operative) verrà valutata ed eventualmente effettuata dalla Compagnia stessa, con finalità di supporto meramente commerciale e senza alcun valore legale.

Art. 14. Cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

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

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

Il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente tali informazioni a ogni Assicurato.

Art. 15. Assicurazione per conto altrui

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi previsti devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato⁷.

Art. 16. Regime fiscale

Tassa sui Premi: 2,50%

Tassa sugli Indennizzi: non prevista.

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

Art. 17. Reclami

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

Art. 18. Foro Competente

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

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

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

Art. 19. Servizi "Segui la tua pratica", "Area Contraenti" e "Area Assicurati"

19.1 SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

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

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

Nel modulo di rimborso cartaceo l'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare.

Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso,
- b) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso,
- c) eventuale rifiuto della domanda di rimborso perché non indennizzabile.

⁷ Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

19.2 AREA CONTRAENTI

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

19.3 AREA ASSICURATI

In seguito alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato riceve le credenziali di accesso all'area Assicurati messa a disposizione dalla Compagnia sul sito <https://webab.previmedical.it/arena-rbmsalute/login.html?originalUrl=%2Findex.html#/>.

In tale area l'assicurato può:

- preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso
- visualizzare i documenti.

App mobile “Citrus”

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

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

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

Art. 20. Legge applicabile al Contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il presente Contratto è regolato dalla Legge italiana.

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

Sezione II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 21. Descrizione delle prestazioni Assicurate

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

Per quanto concerne il presupposto di operatività dell'Assicurazione – ossia la Malattia o l'Infortunio – si precisa che:

- 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. lombalgie, sciatalgie, cervicotalgie) 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 o 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;
- 2) nel caso in cui oggetto dell'Indennizzo siano spese mediche riconducibili a Malattia o Infortunio, le prestazioni da cui derivano tali spese devono sempre essere eseguite in vigenza di copertura, anche se – ove oggetto della copertura – siano riferite a Malattie e/o Infortuni pregresse/i.

Nel caso di prestazioni di durata, ossia tutte quelle prestazioni che non si esauriscono in un'unica seduta (ad esempio prestazioni odontoiatriche, fisioterapiche, terapie oncologiche), si precisa che vengono indennizzate solamente le prestazioni eseguite in corso di copertura, alle condizioni vigenti al momento della loro esecuzione e riferibili all'annualità assicurativa in cui vengono erogate, anche se tali prestazioni sono riconducibili ad un unico piano di cura che dovesse proseguire oltre la scadenza dell'Assicurazione o, in caso di polizza poliennale, oltre la scadenza dell'annualità assicurativa.

In caso di utilizzo dell'Assistenza diretta, l'autorizzazione verrà fornita con riferimento a prestazioni da eseguire entro la scadenza sopra indicata. Tale autorizzazione potrebbe pertanto non coprire l'intero ciclo di prestazioni prescritte all'Assicurato. L'eventuale necessità dell'Assicurato di proseguire il piano di cura anche oltre la scadenza dell'autorizzazione dovrà essere oggetto di una nuova richiesta di Assistenza diretta che, sebbene motivata dalle medesime esigenze poste alla base della precedente autorizzazione fornita, rappresenterà un nuovo Sinistro, da valutare secondo le condizioni in vigore al momento di tale ulteriore richiesta (vigenza della copertura assicurativa; presenza della garanzia; franchigie, scoperti e massimali in vigore).

Ciò potrebbe comportare anche il rigetto della nuova richiesta o la sua autorizzazione a condizioni diverse da quelle applicate alla richiesta precedente, se nel frattempo fossero mutati alcuni elementi della garanzia (es. franchigie, scoperti, massimali).

Esempio:

Durata della copertura assicurativa 01/06/2025 – 31/05/2026

Presenza della garanzia "Trattamenti fisioterapici e riabilitativi".

L'Assicurato, in data 31/01/2026, a seguito di una prescrizione di Trattamenti fisioterapici e riabilitativi di durata pari a sei mesi, presenta alla Compagnia la richiesta di assistenza in forma diretta. La Compagnia fornisce un'autorizzazione per prestazioni da eseguire entro il 31/05/2026, alle condizioni vigenti nell'annualità 2025-2026 (es. franchigie, scoperti, massimali).

La copertura assicurativa viene rinnovata con data effetto 01/06/2026 con eliminazione della garanzia Trattamenti fisioterapici e riabilitativi. L'Assicurato non può presentare la richiesta di indennizzo per i trattamenti da effettuare in data successiva al 31/05/2026, anche se riferiti alla stessa prescrizione posta alla base della prima richiesta.

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

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni assicurate

Si precisa che le spese sostenute dall'Assicurato verranno indennizzate ai sensi di quanto disciplinato dalla presente sezione "A) Prestazioni Ospedaliere" a condizione che non siano state sostenute per prestazioni riconducibili a ipotesi di "Degenza impropria". In quest'ultimo caso, le spese verranno indennizzate solo se le relative prestazioni siano previste all'interno di altre garanzie eventualmente presenti nel Contratto, alle condizioni previste da quelle altre garanzie.

1.1. Ricovero in Istituto di Cura per Grande intervento chirurgico (vedere all. n. 3)



Prima del Ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro 120 giorni prima del Ricovero, purché pertinenti alla Malattia/Infortunio che ha reso necessario il Ricovero ed effettuati nel corso della vigenza contrattuale.

Si precisa che le prestazioni sopra riportate rientrano in copertura come prestazioni prima del ricovero solamente se la relativa prescrizione medica ne disponga l'esecuzione in vista di un ricovero programmato.

Si specifica che nel caso in cui il Ricovero sia programmato successivamente alla scadenza della copertura assicurativa, Intesa Sanpaolo Protezione indennizza solo le prestazioni pre-ricovero effettuate in vigenza contrattuale.

Durante il Ricovero

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento,

- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato,
- spese per materiale protesico e presidi terapeutici: scoperto del 30%,
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, nonché Trattamenti fisioterapici e riabilitativi purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria.

Se il ricovero inizia entro la data di scadenza del contratto, le prestazioni effettuate "Durante il Ricovero" sono indennizzate sino a quando l'Assicurato venga dimesso dall'Istituto di cura, anche in caso di dimissioni successive alla scadenza contrattuale.

Dopo il Ricovero

- accertamenti diagnostici
- esami di laboratorio
- Visite specialistiche
- acquisto dei medicinali prescritti in fase di dimissione ospedaliera o dal medico di base (comunque per un periodo pari a massimo la durata dei giorni post ricovero indennizzati ai sensi della presente copertura assicurativa),
- prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche
- prestazioni per recuperare la salute quali Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere)

effettuati entro 120 giorni dopo il Ricovero, purché pertinenti alla Malattia o Infortunio che ha reso necessario il Ricovero ed effettuati nel corso della vigenza contrattuale.

Si specifica che nel caso in cui il Ricovero sia avvenuto prima della decorrenza della presente copertura assicurativa, Intesa Sanpaolo Protezione indennizza le prestazioni post-ricovero effettuate in vigenza contrattuale.

Solo per i Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, l'Assicurato può chiedere alla Centrale operativa di fruire dell'Assistenza Diretta Domiciliare.

Trapianti

In caso di trapianto, sono riconosciute solo le spese dell'Assicurato per ricevere l'organo trapiantato.

Sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi.



1.2 Degenza in regime di Day Surgery

Durante la degenza

Sono riconosciute le spese di cui al punto 1.1 "Durante il Ricovero". Sono esclusi i Trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Prima e dopo la degenza

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche sostenuti entro 120 giorni prima e 120 giorni dopo la degenza, purché pertinenti alla Malattia/Infortunio che ha reso necessaria la stessa.



1.3 Indennità sostitutiva

Nel caso in cui le spese sanitarie per un Ricovero oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o interamente rimborsate in forza di polizza stipulata presso altra Compagnia di Assicurazione, l'Assicurato ha il diritto a richiedere alla Compagnia l'erogazione di una Indennità che, sebbene calcolata sul numero di giorni di Ricovero, è volta a supportarlo nel percorso di recupero della salute. Tale percorso inizia dopo le dimissioni con il rientro dell'Assicurato al proprio domicilio, ed è pertanto da tale momento che il diritto all'indennità matura. L'eventuale decesso dell'Assicurato avvenuto prima delle dimissioni non consente al presente diritto di sorgere e, pertanto, non può essere vantato da eventuali eredi dell'Assicurato deceduto.

L'importo dell'Indennità è di 120,00 euro per ogni giorno di Ricovero per massimo 60 giorni.

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

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

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

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: 100.000,00 euro per assicurato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Assistenza diretta domiciliare (solo per Trattamenti fisioterapici dopo il Ricovero (→ punto 1.1 – Dopo il Ricovero))
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato.

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: franchigia 1.000,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

3. Limiti di spesa pre e post Ricovero

- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: scoperto 20%
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 100.000,00

Costo dell'intervento previsto nell'allegato n. 2 Grandi interventi chirurgici € 14.298,00

Nessuno scoperto/Franchigia

Indennizzo € 14.298,00 a totale carico della Compagnia

Regime rimborsuale

Massimale € 100.000,00

Richiesta di rimborso per intervento previsto nell'allegato n. 2 Grandi interventi chirurgici € 14.298,00

Franchigia € 1.000,00

Indennizzo € 13.298,00 (€ 14.298,00 - € 1.000,00)

4. INDENNITA' DA RICOVERO



In caso di ricovero in Istituto di cura con o senza intervento chirurgico (anche per parto) e anche in regime di Day Hospital/Day Surgery, l'Assicurato avrà diritto a un'indennità di € 60,00 per ciascun giorno di ricovero fino a 80 giorni.

Sono esclusi i ricoveri per interventi chirurgici compresi nell'elenco Grandi interventi chirurgici di cui all'allegato n. 2.

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

Esempio:

Ricovero per intervento di colecistectomia

Durata del ricovero dal 10/06/2025 al 15/06/2025 per un totale di 5 giorni

Indennizzo € 300,00 (€ 60,00 al giorno x 5 giorni)

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. VISITE SPECIALISTICHE

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: 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%)

2 DIAGNOSTICA STRUMENTALE



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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: 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)

3 ALTA DIAGNOSTICA PER MALATTIE ONCOLOGICHE



3.1 Prestazioni

Sono riconosciute le spese per le prestazioni di alta diagnostica di seguito elencate, visita specialistica oncologica compresa, finalizzate all'assistenza di malattie oncologiche conclamate o in fase di accertamento:

- Angiografia selettiva
- Angiografia carotidea o vertebrale
- Artrografia
- Broncografia

- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma Opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colangiografia retrograda
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Fluorangiografia + ICG
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rx esofago
- Rx Tubo Digerente
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Uroflussometria
- Vesciculodeferentografia

ACCERTAMENTI

- Visita specialistica oncologica
- Elettromiografia
- Colonscopia anche se eseguita con biopsia
- Scintigrafia miocardica basale
- Scintigrafia miocardica basale + test da sforzo
- Scintigrafia Total Body, Linfoscintigrafia
- Ureteroscopia

TAC TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA

- Addome inferiore (vescica, prostata, utero, annessi)
- Addome superiore (fegato, pancreas, milza, surreni, reni, vie biliari)
- Artic. Temporo-Mandibolare
- Artic. Tibio-Tarsica
- Bacino (Anche)
- Cervicale
- Collo (laringe, parotide, sottomandibolare)
- Colonscopia virtuale

- Cranio (Encefalo)
- Densitometria Vertebrale TAC
- Dentale (1 arcata)
- Dentale (2 arcate)
- Dorsale
- Ginocchio
- Gomito
- Lombare o lombo-sacrale
- Massiccio facciale (etmoide e seni frontali)
- Muscolare
- Orbite
- Polso
- Rino - oro - faringe
- Segmento Arto
- Spalla
- Total Body
- Temporale
- Torace
- Se la Tac viene eseguita con mezzo di contrasto
- PET (Tomografia ad emissione di positroni)
- PET Total Body

RMN RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

- RMN angio (qualsiasi distretto vascolare – a distretto)
- RMN atm monolaterale
- RMN cine (studio funz. Articolazioni)
- RMN colangio e/o wirsung
- RMN addome superiore e inferiore - pelvi
- RMN addome sup. o inf - pelvi
- RMN artic. e un segmento osseo (ginocchio, spalla, gomito, collo, piede, ecc.)
- RMN ogni articolaz. E segmento osseo oltre al primo
- RMN bacino o collo o laringe o faringe o cranio o ipofisi o nervi acustici o mammella bil. o massiccio facciale o torace mediastino
- RMN cuore
- RMN rachide e midollo spinale (un tratto)
- RMN rachide e midollo spinale (due tratti)
- RMN rachide midollo spinale (tre tratti)
- RMN total body se viene eseguita con mezzo di contrasto

3.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 5.000,00 euro per Assicurato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: scoperto del 20%

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo della prestazione prevista € 500,00

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 500,00

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Costo della prestazione prevista € 500,00

Scoperto 20%

Indennizzo € 400,00 (€ 500,00 - 20%)

4 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE



4.1 Prestazioni

Sono indennizzate le spese per l'acquisto di Protesi ortopediche e apparecchi acustici.

Sono escluse le ortesi (come ad esempio tutori, busti, ginocchiere, plantari).

4.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.000,00 euro per Assicurato.

Regimi di erogazione

- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Regime rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di 70,00 euro

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 1.000,00

Richiesta di rimborso € 300,00

Scoperto 20% con il minimo di 70,00 euro

Indennizzo € 230,00 (€ 300,00 - € 70,00 perché il minimo non indennizzabile è superiore allo scoperto del 20%)

5 TICKET PER UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

5.1. Prestazioni

È garantito il rimborso dei ticket (compartecipazione alla spesa sanitaria) relativi 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

C) PREVENZIONE

1.1 Prestazioni

Sono riconosciuti 2 pacchetti a scelta all'anno tra quelli sottoelencati, da effettuarsi solo in forma diretta nelle strutture convenzionate:



1. Prevenzione DONNA

- Visita ginecologica + pap test
- ecografia mammaria
- mammografia
- ecografia transvaginale

2. Prevenzione UOMO

- Visita urologica
- PSA
- ecografia addome completo

3. Prevenzione cardiovascolare

- 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

4. Prevenzione oculistica

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

5. Prevenzione posturale

- visita fisiatica e valutazione posturologica

6. Prevenzione dermatologica

- per controllare le lesioni neviche e verificare che non ce ne siano di sospette
- visita dermatologica (con epiluminescenza o videodermatoscopia)

7. Prevenzione delle vie respiratorie

- spirometria
- visita pneumologica

8. Prevenzione Allergie e intolleranze

Esecuzione di uno o più dei seguenti test relativi alla eventuale presenza di:

- Allergie: esecuzione di test finalizzati ad identificare la sensibilità dell'assicurato verso una o più sostanze allergiche (ad esempio: Test IgE Totali, Test allergia all'epitelio e pelo del cane, Test allergia all'epitelio e pelo del gatto, Allergia ad acari, muffe e polveri)
- Intolleranze Alimentari:
 - a un gruppo di alimenti: verifica di eventuali intolleranze alimentari da parte dell'assicurato su un set predefinito di 32 alimenti al fine di consentire un'identificazione di eventuali incompatibilità
 - al lattosio: verifica di un'eventuale intolleranza al Lattosio attraverso un test specifico sul DNA effettuato a partire da un prelievo della saliva che consente la ricerca del gene responsabile dell'ipolattasia
 - al glutine (celiachia): rileva la presenza, a seguito dell'assunzione di una o più farine, dei predetti anticorpi fornendo la possibilità di verificare la correttezza e la compatibilità della propria dieta

In caso di esito positivo dei predetti esami, è eseguibile su prescrizione medica uno Screening allergologico per inalanti e alimenti – prick test

9. Prevenzione otorinolaringoiatrica

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

10. Prevenzione apparato digerente

- visita gastroenterologica,

- ecografia addome superiore
- Emocromo, GOT, GPT, Gamma GT, glicemia basale, trigliceridemia, colesterolemia totale, colesterolemia HDL, colesterolemia LDL, CPK, PCR, Microalbuminuria
- ricerca del sangue occulto feci

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

Nessuno

D) ALTRE CONDIZIONI

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

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

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

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

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

Ogni Coupon sarà utilizzabile una sola volta.

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

CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 22. Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

- 1) Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
- 2) Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza
- 3) Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- 4) Infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill"
- 5) Infortuni derivanti dallo svolgimento di Sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti
- 6) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
- 7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- 8) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 9) prestazioni in conseguenza di patologie mentali e del comportamento (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc..) compresi nella Classificazione Internazionale delle Malattie a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in vigore al momento del sinistro
- 10) interruzione volontaria della gravidanza
- 11) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico
- 12) prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di Ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale)
- 13) prestazioni di qualsiasi tipo (es. visite, accertamenti cure e interventi) motivate da Difetti fisici/Malformazioni o le loro conseguenze
- 14) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di Infortuni o Malattie non indennizzabili ai sensi del Contratto
- 15) trattamenti di medicina alternativa o complementare
- 16) Ricoveri in Lungodegenza
- 17) prestazioni sanitarie, cure e 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

- 18) 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 terapie in genere con finalità dietologica
- 19) 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 nella sezione "Dopo il Ricovero"
- 20) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
- 21) spese per prestazioni di routine o controllo e per vaccini
- 22) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
- 23) Ricoveri impropri
- 24) Infortuni occorsi prima della decorrenza della copertura, le relative conseguenze e complicanze
- 25) conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

Art. 23. Persone non assicurabili

Età minima

Non possono entrare in copertura soggetti che non abbiano già compiuto 16 anni al momento della decorrenza dell'Assicurazione.

Età massima

Non possono entrare in copertura soggetti che abbiano già compiuto 75 anni al momento della decorrenza dell'Assicurazione. Per gli Assicurati che raggiungono tale limite di età in corso di Contratto, la copertura nei loro confronti cessa alla prima scadenza annuale del Contratto, salvo specifica deroga.

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 24. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

24.1 Oneri

Denuncia

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

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo⁸.

Se mancano elementi essenziali per consentire alla Compagnia la valutazione del Sinistro nell'ambito delle coperture riconosciute dal Contratto, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione della Compagnia, la Richiesta di Indennizzo non può essere presentata e se presentata viene respinta. Per richiesta di Indennizzo si intende quella di accesso al Network per usufruire di prestazioni in regime di Assistenza diretta oppure quella di ottenere un Rimborso o una Indennità (comunque denominata).

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

È possibile contattare la Centrale Operativa tramite telefono ai seguenti numeri:

- **800.99.18.37** da telefono fisso (numero verde)
- **0422.17.44.413** da cellulare e per chiamate dall'estero.

La Centrale operativa è attiva dal lunedì al venerdì dalle h. 7:00 alle h. 23:00, festivi esclusi.

Fermo quanto previsto nella successiva sezione "La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la Richiesta di Indennizzo se", **la Compagnia respinge la Richiesta di Indennizzo nei seguenti casi o comunque quando manchino i presupposti per l'operatività della copertura assicurativa:**

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione richiesta
- assenza della documentazione a supporto della richiesta,
- 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

⁸ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

Regime rimborsuale/Corresponsione di Indennità

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

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

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: Cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure, in caso di Intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'Infortunio);
- la documentazione giustificativa è illeggibile;
- non è stato indicato correttamente l'Assicurato cui il Sinistro si riferisce.

Se l'Assicurato non integra la Richiesta di Indennizzo entro:

- 60 giorni di calendario dalla richiesta di integrazione della Compagnia per il Regime rimborsuale o
- 7 giorni di calendario dalla richiesta di integrazione della Compagnia per l'Assistenza diretta relativa alle sole prestazioni ospedaliere;

la richiesta di Indennizzo è respinta; la domanda può comunque essere ripresentata.

Lingua della documentazione

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

Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo Protezione

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

L'accertamento può essere disposto

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

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della copertura l'Assicurato decede

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

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - 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 nel presente Contratto.

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

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

- a chi esercita la responsabilità genitoriale
- al Tutore
- al Curatore
- all'Amministratore di sostegno

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

Prestazioni Intramoenia

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

Prestazioni tra due annualità assicurative

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

Le fatture in acconto sono ammesse solo se accompagnate da una distinta con il dettaglio delle spese sostenute e delle prestazioni eseguite e la data della loro esecuzione.

Limiti di spesa pre e post Ricovero/Day hospital

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

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

24.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di Assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Sono previste 2 fasi:

- 1) richiesta del VoucherSalute®**
- 2) rilascio del VoucherSalute®**

Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale operativa allegando la documentazione necessaria.**

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

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

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

L'Assicurato deve controfirmare il modulo di autorizzazione consegnato dalla struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (Scoperti, Franchigie, prestazioni non previste dal Contratto), e, in caso di Ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, Cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.).

Come chiedere il VoucherSalute®

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono

Relativamente alle prestazioni pre-ricovero è possibile richiedere il VoucherSalute® esclusivamente tramite canale telefonico.

Dati da fornire alla Centrale operativa

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

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

Viene di seguito indicata la documentazione da trasmettere alla Centrale Operativa con specifiche indicazioni a seconda delle prestazioni richieste.

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** per la quale è richiesta la prestazione indicata in prescrizione.

- Alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche: è necessaria la prescrizione del **medico di medicina generale**
- Prestazioni diverse da quelle sopra indicate: 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 anche il referto delle prestazioni eseguite**
- 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: **non è richiesta la prescrizione medica**

2) ULTERIORE DOCUMENTAZIONE SPECIFICA

- 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

- 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**
 - 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
- Apparecchi acustici:
 - in caso di **modifica dell'udito: esame audiologico/visita audiologica** con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio
 - in caso di **rottura: fotografie** (nel caso in cui il malfunzionamento sia riconducibile a rotture di parti esterne chiaramente visibili) e **dichiarazione dello specialista** che attesti la rottura. È inoltre richiesto **l'esame audiologico/visita audiologica** con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il **referto** di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio
 - **smarrimento/furto**: copia della **denuncia**. È inoltre richiesto **l'esame audiologico/visita audiologica** con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio

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

Come trasmettere i documenti:

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

Ricerca della struttura

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

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

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

Esempio 1:

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

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 30/04/2026;

VoucherSalute® valido fino al 31/05/2026, per un totale di 31 giorni (in luogo dei convenzionali 90 giorni dalla data di emissione).

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

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

- rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: Franchigie, scoperti)
- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
- invia il **VoucherSalute®** 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 **VoucherSalute®** la mail da stampare da 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: 10/04/2026

Termine di indennizzo per le spese post ricovero: 120 giorni dalle dimissioni

Richiesta VoucherSalute®: 15/04/2026

VoucherSalute® emesso il 20/04/2026

VoucherSalute® valido fino al 31/05/2026, per un totale 41 giorni dal 20/04/2026.

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 10/05/2026;

VoucherSalute® valido fino al 31/05/2026, per un totale 21 giorni dal 10/05/2026.

Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullare il **VoucherSalute®** 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 per la garanzia Ricovero (→ paragrafo qui sotto).

Segnalazione di nuove Strutture

Se hanno interesse per una struttura sanitaria che non è già parte del Network, gli Assicurati possono segnalare, perché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento.

È sufficiente proporre la candidatura nel sito www.previmedical.it alla sezione "Richiedi una convenzione".

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

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

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

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

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

La prenotazione

Ottenuto il **VoucherSalute®**, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata.

Sulla piattaforma informatica messa a disposizione dalla Compagnia, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento

Dalla stessa piattaforma la struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

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

Centrale operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, ad eccezione dei casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero), 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.

Dopo la prestazione

- La Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili secondo quanto previsto dal Contratto
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dal Contratto è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di Ricovero Cartella clinica completa contenente anche la S.D.O....).

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

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta, se si accerta che l'Assicurazione non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato.

L'Assicurato deve:

- restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
oppure
- saldare direttamente sia la struttura che i medici nel caso in cui la Compagnia non avesse ancora effettuato il pagamento.

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

La richiesta può essere fatta in modalità digitale o cartacea.

In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato cui si riferisce il Sinistro e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore dell'Assicurato Titolare della copertura le prestazioni devono
- essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione**. 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 (es. medico, infermiere)**
- **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**
- **essere comprovate da idonea documentazione di spesa rilasciata da Istituto di Cura, da Centro Medico o da professionista sanitario o comunque da ente congruente con la prestazione effettuata; la fattura emessa deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi.**

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

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

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

La Compagnia si impegna a mettere in pagamento l'Indennità o il Rimborso eventualmente dovuto all'Assicurato (da intendersi come invio dell'ordine di pagamento alla banca):

- entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di rimborso o di indennità, completa di tutta la documentazione necessaria, eventualmente integrata a seguito di richiesta da parte della Compagnia;
- entro 25 giorni lavorativi nel caso di richiesta di integrazione della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria. Il computo dei giorni inizia in questo caso dalla ricezione della richiesta di rimborso e resta sospeso ogni volta che viene chiesta un'integrazione documentale all'Assicurato, ripartendo al momento della ricezione della documentazione da parte della Compagnia. Il termine non riparte da zero, ma al contrario vengono conteggiati e sommati tra loro i periodi in cui la richiesta è rimasta in carico alla Compagnia.

Se il pagamento non avviene entro il termine stabilito, qualora il ritardo dipenda da fatti imputabili alla Compagnia, gli interessi di mora (ovvero gli interessi maturati nel periodo di ritardato pagamento) si calcolano al tasso legale determinato dalla legge ai sensi dell'articolo 1284, comma 1, del Codice civile, dal giorno del ritardo sino alla data di effettivo pagamento, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

a) Modalità di invio della richiesta

Modalità digitale

La richiesta, assieme alla documentazione giustificativa medica e di spesa (vedi successiva lett. b), può essere inviata attraverso:

- la propria area clienti <https://webab.previmedical.it/arena-rbmsalute/login.html?originalUrl=%2Findex.html#/>.
- la app mobile.

La documentazione giustificativa va allegata a seguito di sua scansione o fotografia, che deve essere chiaramente leggibile. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Modalità cartacea

In alternativa, può essere stampato e compilato il "Modulo di richiesta di rimborso spese sanitarie" (disponibile nel sito www.intesasanpaoloprotezione.com), al quale va allegata copia della documentazione giustificativa prevista. Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, Intesa Sanpaolo Protezione prende in carico la richiesta di rimborso cartacea solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo (incluso il "Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia", da sottoscrivere con firma specifica in aggiunta a quella da apporre in calce alla richiesta di rimborso).

Il modulo e la documentazione allegata (vedi successiva lett. b) 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) Documentazione da allegare alla richiesta

Alla richiesta, indipendentemente dalla modalità con cui sia inviata (digitale o cartacea), va allegata una copia dei seguenti documenti:

- 1. documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico o da professionista sanitario o comunque da ente congruente con la prestazione effettuata; la fattura emessa deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola;
- 2. prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere.
È necessaria la prescrizione del medico di medicina generale per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche.

Per le visite specialistiche è possibile inviare la fattura con indicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico purché la prestazione sia effettuata e fatturata dal medico specialista che ha emesso il documento di spesa.

3. **copia conforme della Cartella clinica completa, contenente anche** la S.D.O., per le prestazioni ospedaliere
4. dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale.
5. **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 Servizio Sanitario Nazionale
6. **per apparecchi acustici in caso di:**
 - **modifica dell'udito:** esame audiologico/visita audiologica con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio
 - **rottura:** foto (nel caso in cui il malfunzionamento sia riconducibile a rotture di parti esterne chiaramente visibili) e dichiarazione dello specialista che attesti la rottura. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio
 - **smarrimento/furto:** copia della denuncia. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio
7. **per trattamenti fisioterapici:**
 - i. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
 - ii. in caso di ciclo di prestazioni, il calendario rilasciato dal Centro medico
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
 - se l'Infortunio è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo**
 - **in caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare il **Modulo CID** (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente
9. per il **rimborso dei ticket previsti dal Sistema Sanitario Nazionale:**
 - copia del ticket sanitario con evidenza di quanto segue: codice fiscale dell'assicurato, data di pagamento della prestazione (che deve coincidere con quella di esecuzione della stessa)
 - documentazione medica che evidenzia il nesso causale fra il ticket sanitario e la prestazione eseguita

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.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

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

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

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli⁹:

Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Art. 7 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 8 - Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso

Art. 9 - Pagamento del Premio - Anagrafica

Art. 10 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

Art. 18 - Foro competente

Art. 22 - Esclusioni

Art. 23 - Persone non assicurabili

Art. 24 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

⁹ Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.



Allegato 1: Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. 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 50% minimo 20 euro
2. DIAGNOSTICA STRUMENTALE	
Massimale	700 euro
Assistenza diretta	Scoperto 50% 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
S.S.N.	Illimitato
	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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com

www.intesasanpaoloprotezione.com

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

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

dpo@intesasanpaoloprotezione.com

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



3. QUALI DATI PERSONALI TRATTIAMO?

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

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

Inoltre, per le sole polizze Motor, trattiamo:

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

4. PERCHÉ TI CHIEDIAMO DI FORNIRCI I TUOI DATI?

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

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

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

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

I dati che trattiamo possono avere provenienza:

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Possano essere destinatari dei tuoi dati:

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



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

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

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

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

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

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

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

9. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I TUOI DATI?

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

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



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

10. QUALI SONO I TUOI DIRITTI?

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

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

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

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

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



ALLEGATO 3 – Grandi Interventi Chirurgici

CARDIOCHIRURGIA:

- Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati
 - Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
 - Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
 - Correzione impianto anomalo coronarie
 - Correzione “Ostium primum” con insufficienza mitralica
 - Correzione canale atrioventricolare completo
 - Finestra aorto-polmonare
 - Correzione di ventricolo unico
 - ventricolo destro a doppia uscita truncus arteriosus coartazioni aortiche di tipo fetale
 - coartazioni aortiche multiple o molto estese stenosi aortiche sopravalvolari
 - trilogia di Fallot tetralogia di Fallot atresia della tricuspide pervietà interventricolare ipertesa
 - pervietà interventricolare con insufficienza aortica pervietà interventricolare con “debanding”
 - Pericardiectomia parziale o totale
 - Sutura del cuore per ferite
 - Interventi per corpi estranei del cuore
 - Interventi per fistole artero-venose del polmone • Legatura e resezione del dotto di Botallo
 - Operazione per embolia della arteria polmonare
 - Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
 - By-pass aorto-coronarico
 - Angioplastica coronarica ed eventuale applicazione di stents
 - Aneurismi aorta toracica
 - Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache
 - Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
 - Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
 - Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
 - Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
 - Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

CHIRURGIA GENERALE:

- COLLO
 - Gozzo retrosternale con mediastinotomia
 - Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
 - Tiroidectomia per via cervicale
 - Tiroidectomia subtotale per neoplasie maligne
 - Tumori della trachea
- APPARATO DIGERENTE
 - Resezione dell'esofago cervicale con plastiche sostitutive
 - Interventi con esofagoplastica



- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
 - Atresia congenita dell'esofago
 - Fistola congenita dell'esofago
 - Interventi per tumori intestinali: resezioni parziali basse – alte – totali
 - Reinterventi per mega-esofago
 - Stenosi congenita del piloro
 - Gastrectomia totale
 - Gastrectomia se allargata
 - Resezione gastrica da neoplasie maligne
 - Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
 - Intervento per fistola gastro-digiunocolica
 - Mega-esofago e esofagite da reflusso
 - Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
 - Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
 - Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
 - Megaurettere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
 - Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
 - Colectomia totale
 - Resezione ileo-cecale con linfoadenectomia
 - Interventi per neoplasie per retto-ano per via addominoperineale
 - Resezione anteriore retto-colica
 - Operazione per megacolon
 - Proctocolectomia totale
 - Intervento iatale con funduplicatio (ernia diaframmatica)
 - Derivazioni biliodigestive
 - Resezione epatica
 - Epatico e coledocotomia
 - Papillotomia per via trans-duodenale
 - Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
 - Deconnessione azygos-portale per via addominale
 - Interventi sulla papilla di Water
 - Reinterventi sulle vie biliari
 - Interventi per pancreatite acuta
 - Interventi di necrosi acuta del pancreas
 - Splenectomia
 - Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
 - Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
 - Interventi per neoplasie pancreatiche
- **RENE-APPARATO URINARIO-APPARATO GENITALE MASCHILE**
 - Nefrectomia per tumore di Wilms
 - Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia



- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Interventi per fistola vescico rettale
- Cistectomia totale uretero sigmoidostomia
- Uretero – ileo anastomosi (o colo)
- Nefrotomia bivalve in ipotermia
- Nefro-ureterectomia totale
- Surrenelectomia
- Prostatectomia totale per carcinoma
- Nefrostomia
- Nefrolitotomia percutanea
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia

GINECOLOGIA:

- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Intervento radicale per carcinoma ovarico
- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumori maligni

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE:

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

NEUROCHIRURGIA:

- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazione per encefalo-meningocele
- Talamotomia e pallidotomia ed altri interventi simili
- Interventi per epilessia focale
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.)



- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari con stabilizzazione chirurgica
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- Interventi di laminectomia
- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Idrocefalo ipersecretivo
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele
- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale

OTORINOLARINGOIATRIA:

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Laringectomia totale
- Faringolaringectomia

ORTOPEDIA:

- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezione del sacro
- Ostiosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapolo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezione artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "customade"
- Artropalstica delle grandi articolazioni
- Acromioplastica più cuffia rotatori della spalla
- Emipelvectomia
- Emipelvectomia "interna" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Intervento di artroprotesi, di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
- Intervento di artroprotesi, di rimozione e reimpianto di protesi del ginocchio
- Intervento di artroprotesi, di rimozione e reimpianto di protesi della spalla
- Vertebrotonia
- Discotomia per via anteriore per ernia dura o molle artrodesi
- Uncoforaminotomia



- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Artrodesi vertebrali per via anteriore
- Interventi per via posteriore con impianti
- Interventi per via anteriore senza e con impianti

CHIRURGIA TORACO POLMONARE:

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Ernia diaframmatica
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee
- Pleuropneumonectomia
- Toracectomia ampia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

CHIRURGIA VASCOLARE:

- Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale
- Rivascolarizzazione monolaterali - bilaterali o multiple delle aree aorto-iliache, femoro-poplitea, tronchi sovraortici, arterio-viscerali e carotidi

TRAPIANTI D'ORGANO:

- TUTTI

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

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

Tel. +39 011 5554015

servizioclienti@pec.intesasanpaoloprotezione.com

comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.

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