



Guida al Piano Sanitario

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE per EBITEMP



Questa guida è stata predisposta in modo da costituire uno strumento di sintesi. In nessun caso la guida può sostituire le Condizioni generali di Assicurazione, delle quali evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. Le Condizioni generali di Assicurazione restano pertanto l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIRETTE

QUANDO E' POSSIBILE L'ACCESSO CON LA MODALITA' DIRETTA?

Le prestazioni dirette sono quelle in cui vi è l'utilizzo di strutture e personale medico convenzionato, entro i limiti di indennizzo previsti dal Piano Sanitario.

Per poter accedere alle strutture del Network con questa modalità, dovrà essere richiesta l'emissione del **VoucherSalute®**, tramite propria area riservata, APP o contattando la Centrale operativa (attiva dal lunedì al venerdì dalle h. 7.00 alle h.23.00) e allegando la documentazione necessaria.

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

MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Cos'è il VoucherSalute®

Nell'Area riservata potranno essere richiesti i VoucherSalute®, ovvero **delle autorizzazioni alla prestazione valide 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.

Entro i 90 giorni dovrà essere fissato l'appuntamento ed usufruito della prestazione.

Superato il termine di validità di 90 giorni, in presenza di copertura, l'Assicurato potrà richiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®.

Importante NON è possibile fissare l'appuntamento presso la struttura prima di aver richiesto un VoucherSalute® e aver ricevuto la relativa autorizzazione.

Cosa serve per aprire un VoucherSalute®:

1. **PRESCRIZIONE MEDICA** (redatta da Medico) con quesito diagnostico (patologia presunta o accertata); nello specifico
 - Alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche: è necessaria la prescrizione del **medico di medicina generale**
 - Per le visite specialistiche la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione.**

- Prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero e dalle terapie: 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.

3. STRUTTURA SCELTA (se si conosce già la struttura dove si vorrà effettuare la prestazione, viceversa si potrà selezionare una struttura tra quelle proposte);

4. NOME DEL MEDICO (in caso di VISITA) convenzionato presso la struttura scelta.

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

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.

Come richiedere un VoucherSalute®

E' possibile richiedere un VoucherSalute® in tre modalità

1. Tramite Area riservata - Arena
2. Tramite APP
3. Contattando direttamente la Centrale operativa

1. Richiesta del VoucherSalute® tramite Area riservata - Arena

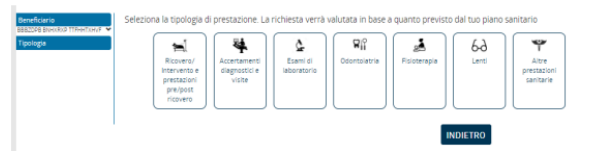
È possibile richiedere un VoucherSalute® tramite il box blu nella pagina principale dell'Area riservata - Arena



Saranno necessari pochi e semplici passaggi

- Selezionare il proprio nominativo

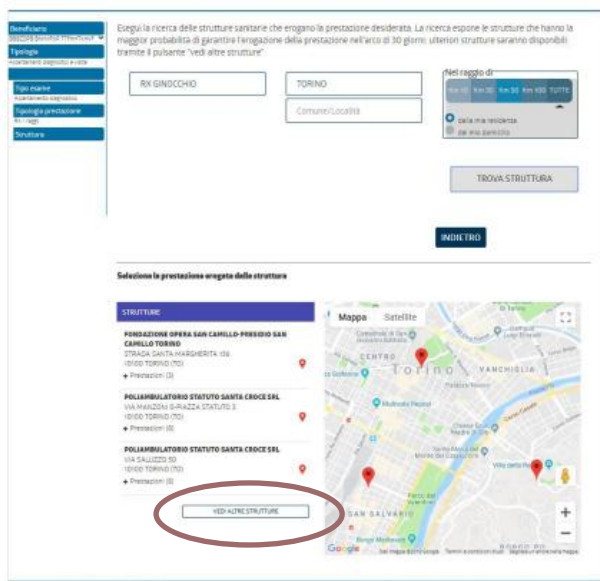
- Scegliere la tipologia di prestazione che si dovrà effettuare



- Selezionare se Visita o Accertamento diagnostico
- Nel caso di Accertamento diagnostico, verrà richiesto di selezionare quale tipo di accertamento si desidera effettuare



- Si dovrà poi ricercare la struttura sanitaria che eroga la prestazione prescelta



Seleziona la prestazione erogata dalla struttura

STRUTTURE

FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO-PRESIDIO SAN CAMILLO TORINO
STRADA SANTA MARGHERITA 136
10100 TORINO (TO)
+ Prestazioni (3)

POLIAMBULATORIO STATUTO SANTA CROCE SRL
VIA MANZONI 0-PIAZZA STATUTO 3
10100 TORINO (TO)
+ Prestazioni (8)

POLIAMBULATORIO STATUTO SANTA CROCE SRL
VIA SALUZZO 50
10100 TORINO (TO)
+ Prestazioni (8)

VEDI ALTRE STRUTTURE

La ricerca potrà essere effettuata per:

- Provincia/Comune
- Oppure, in via alternativa, raggio:
 - o dalla propria residenza
 - o dal proprio domicilio
 - o da un punto selezionabile sulla mappa cliccando sul relativo raggio di ricerca.



Nel raggio di

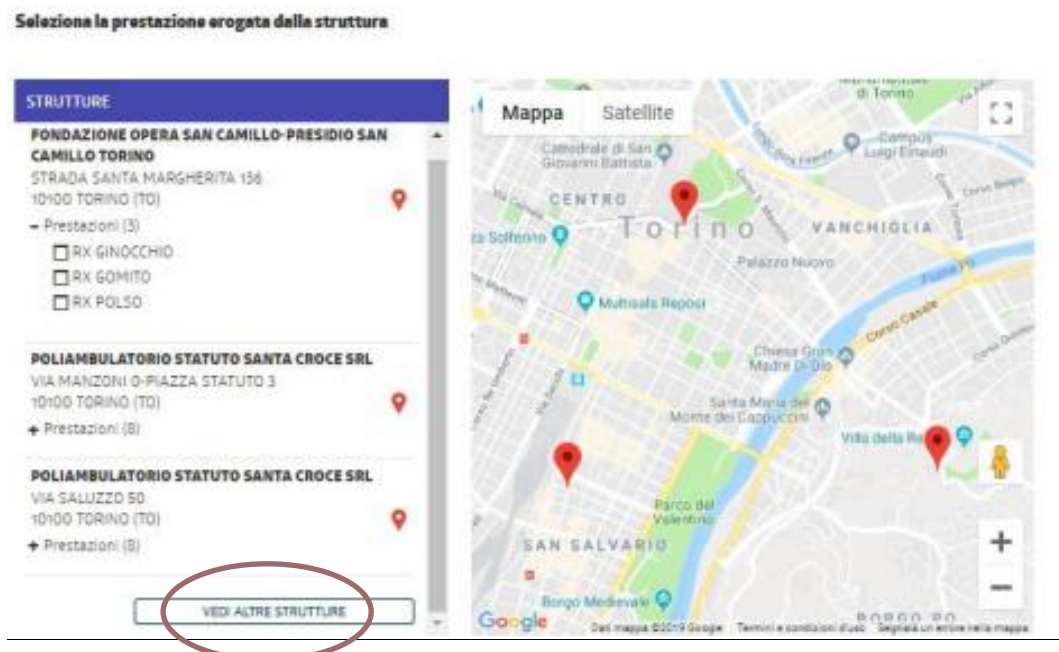
Km 1 Km 5 Km 10 Km 30 Km 50 Km 100 TUTTE

dalla mia residenza
dal mio domicilio
da un punto sulla mappa

SELEZIONA PUNTO

Verrà mostrata una prima selezione di strutture;
tramite il pulsante “VEDI ALTRE STRUTTURE”
verranno mostrate altre possibili scelte

- selezionare la prestazione, cliccando sul simbolo + in corrispondenza della struttura scelta in modo da visualizzare l'elenco delle prestazioni disponibili presso la struttura stessa



Seleziona la prestazione erogata dalla struttura

STRUTTURE

FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO-PRESIDIO SAN CAMILLO TORINO
STRADA SANTA MARGHERITA 136
10100 TORINO (TO)
+ Prestazioni (3)

☐ RX GINOCCHIO
☐ RX GOMITO
☐ RX POLSO

POLIAMBULATORIO STATUTO SANTA CROCE SRL
VIA MANZONI 0-PIAZZA STATUTO 3
10100 TORINO (TO)
+ Prestazioni (8)

POLIAMBULATORIO STATUTO SANTA CROCE SRL
VIA SALUZZO 50
10100 TORINO (TO)
+ Prestazioni (8)

VEDI ALTRE STRUTTURE

Mappa **Satellite**

Torino

Google

- Nella stessa richiesta sarà possibile eventualmente inserire anche altre prestazioni
- Inserire i dati presenti sulla prescrizione medica
- Allegare la documentazione medica
- Scegliere il canale da cui ricevere la notifica con l'esito della valutazione del VoucherSalute®



- Verificare la correttezza dei dati inseriti e infine cliccare su CONFERMA I DATI



La pratica sarà ora visualizzabile e monitorabile sulla pagina principale

2. Richiesta del VoucherSalute® tramite APP

Il flusso è analogo a quello tracciato per l'area riservata

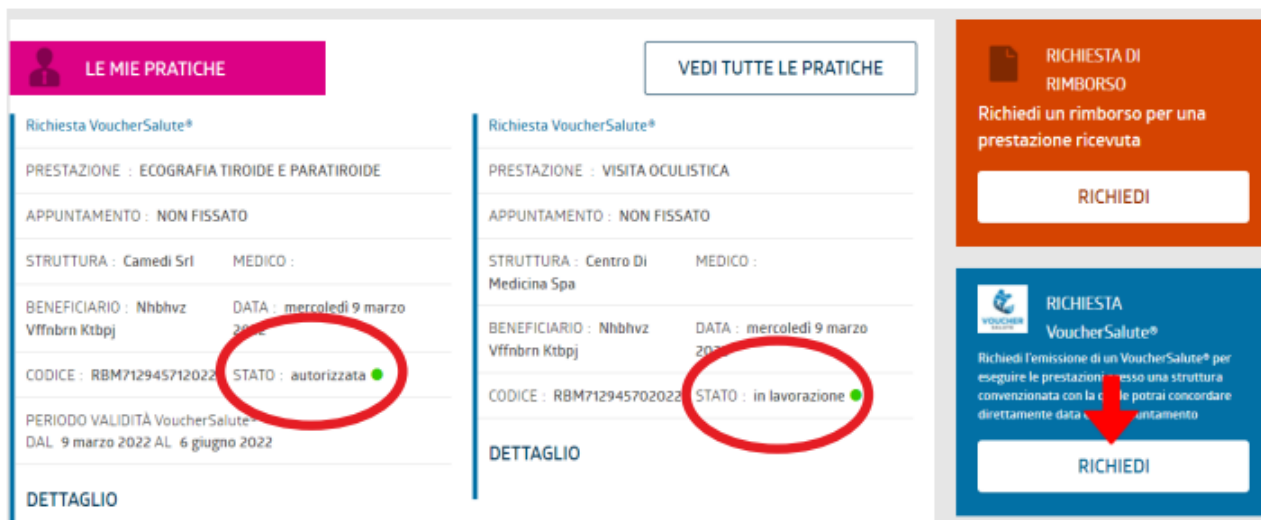
3. Richiesta del VoucherSalute® tramite Centrale operativa

Sarà possibile richiedere il VoucherSalute® telefonicamente tramite Centrale operativa; sarà necessario comunicare

- cognome e nome, data di nascita e telefono dell'Assicurato o eventuali credenziali fornite dalla Compagnia
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico.
- Inviare la documentazione, ove richiesta, per la specifica prestazione

STATI DEL VoucherSalute®

Una volta aperta una richiesta di autorizzazione per un VoucherSalute®, sarà possibile verificarne l'avanzamento all'interno della stessa richiesta di VoucherSalute®.



Lo stato che verrà visualizzato potrà essere:

STATO

IN LAVORAZIONE ●

Il VoucherSalute® è in lavorazione e la risposta perverrà **entro 7 giorni** dalla data in cui è stata fatta la richiesta

STATO

ANNULLATA ●

Il VoucherSalute® è stato annullato e la motivazione è visibile cliccando su «DETTAGLIO» della pratica

STATO

AUTORIZZATA ●

Il VoucherSalute® è stato autorizzato. L'eventuale quota a carico dell'Assicurato è riportata nell'email o SMS autorizzativo. La validità del VoucherSalute® è visibile cliccando su «DETTAGLIO» della pratica

La prenotazione

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

Sulla piattaforma informatica messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Protezione, la struttura sanitaria potrà vedere il VoucherSalute® emesso e lo potrà verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento.

Dalla stessa piattaforma la Struttura potrà confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

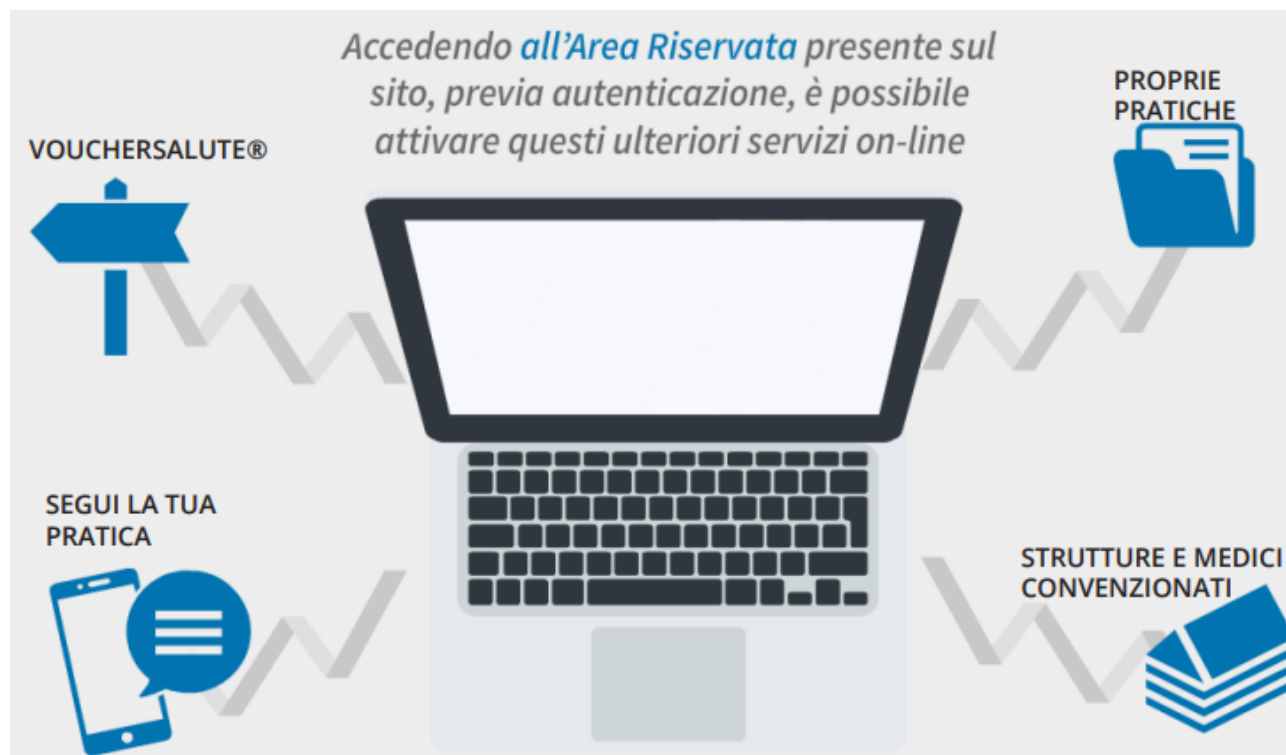
Importante, l'Assicurato dovrà **controfirmare il modulo di autorizzazione** consegnato dalla Struttura convenzionata in cui è esplicitata l'eventuale quota a suo carico (scoperti, franchigie, prestazioni non garantite, etc.) e, in caso di Ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, tv, bar, etc.)

Centrale operativa non attivata

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

In caso di accesso diretto al Network convenzionato, una volta eseguita la prestazione è onere della struttura stessa raccogliere ed inviare la documentazione necessaria all'indennizzo

AREA RISERVATA – ULTERIORI SERVIZI ONLINE



VoucherSalute®

Come approfondito, sarà possibile richiedere il VoucherSalute®, accedendo a strutture convenzionate, relativamente alle spese previste nei limiti dalla copertura

Proprie Pratiche

Per ogni singola pratica verrà reso disponibile lo stato della lavorazione e: la data del pagamento, la tipologia della prestazione medica, il totale del rimborso.

Segui la Pratica

Il servizio permette all'Assicurato, indicando il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso, di ricevere automaticamente via SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione (ricezione, pagamento, sospensione,

Strutture e Medici convenzionati

È presente l'elenco di tutti i professionisti medici convenzionati che operano nelle strutture.

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI CON PAGAMENTO INDIRETTO

QUANDO SI VERIFICA IL PAGAMENTO INDIRETTO

Il pagamento indiretto o rimborso, avviene quando NON si fa ricorso a strutture sanitarie convenzionate oppure si fa ricorso a una struttura sanitarie convenzionate senza l'attivazione dell'assistenza diretta. In entrambi i casi verranno applicare le condizioni previste per il Regime Rimborsuale.

Per poter ottenere il rimborso della spesa sostenuta si dovranno presentare i seguenti documenti

- Fatture;
- Cartella clinica completa in caso di ricovero;
- Relazione medica in caso di intervento ambulatoriale
- Referto del Pronto Soccorso in caso di infortunio;
- Certificati medici e documentazione diagnostica a seconda del caso specifico.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato cui si riferisce il Sinistro e riportarne i dati anagrafici.

La documentazione, in caso di rimborso in forma cartacea, dovrà essere inviata in FOTOCOPIA.

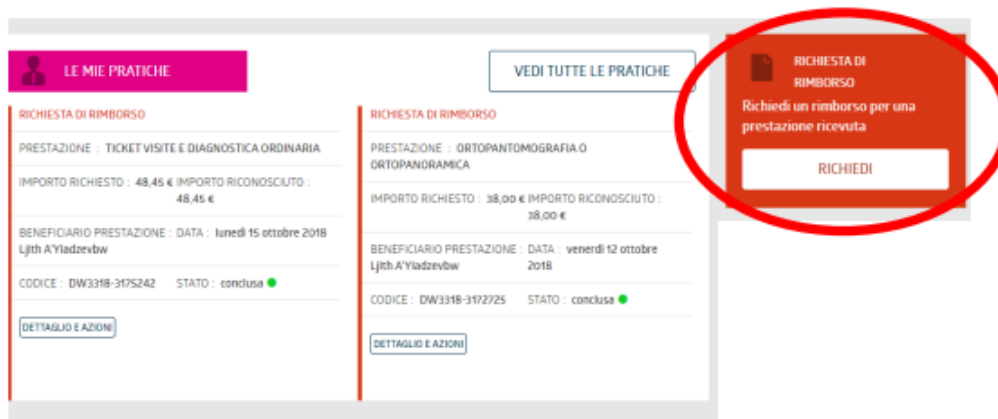
Per ottenere il rimborso, l'Assicurato, al termine del ciclo di cure, dovrà compilare in ogni sua parte il **Modulo di richiesta di rimborso** ed allegare in fotocopia la documentazione giustificativa.

La richiesta di rimborso potrà essere inviata

- Online da area riservata
- Tramite APP
- In forma cartacea

RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE AREA RISERVATA / APP

È possibile richiedere un rimborso tramite il box arancione nella pagina principale.

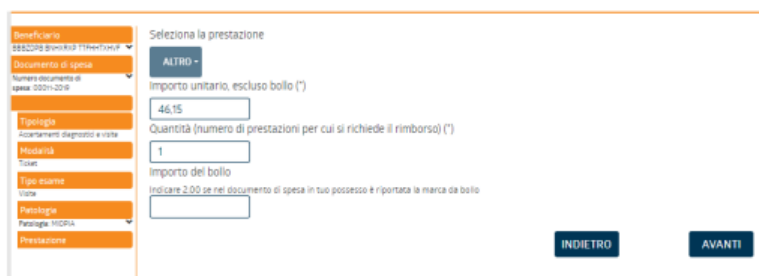


Anche per la richiesta di rimborso, è sufficiente seguire dei semplici passaggi

- selezionare il proprio nominativo;
- inserire i dati della fattura; nel caso in cui i dati inseriti siano parziali, il sistema segnala in rosso i campi obbligatori da compilare
- selezionare il tipo di prestazione per cui si sta chiedendo rimborso

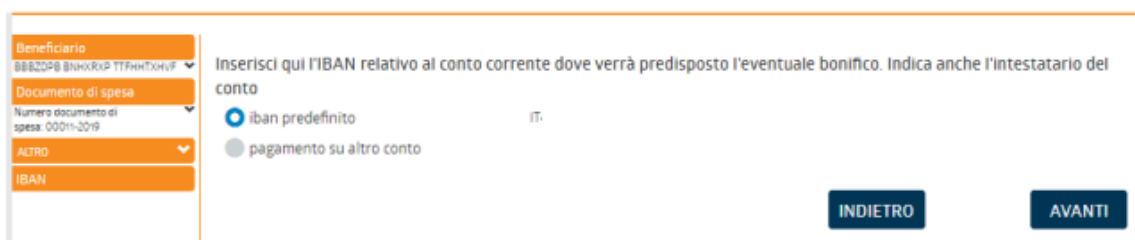


- Indicare il regime in cui è stata erogata la prestazione, se tramite ticket SSN o privato
- selezionare il tipo di prestazione che è stata effettuata
- Indicare la patologia



- Indicare l'importo per cui si richiede il rimborso
- Dove presente, indicare i 2€ di marca da bollo

- Caricare la documentazione necessaria ai fini della valutazione della pratica e del rimborso
- Il sistema a questo punto chiede se si desidera caricare un'eventuale altra prestazione per la quale si vuole richiedere il rimborso.
- Indicare su quale IBAN si desidera ricevere l'accredito del rimborso.
È bene accertarsi che sia presente il proprio codice IBAN nell'area riservata/dati anagrafici.



- Verificare che sul riepilogo sia riportato tutto correttamente e dare quindi CONFERMA. A seguito della conferma si potrà visualizzare la pratica nella pagina principale e monitorarne lo stato.

Tramite APP il flusso di inserimento risulta analogo.

RICHIESTA DI RIMBORSO IN 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.

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

a) Documentazione da allegare alla richiesta

Alla richiesta, indipendentemente dalla modalità con cui sia inviata (digitale o cartacea), va allegata la medesima documentazione che viene richiesta in caso di rimborso diretto, quindi fattura, prescrizione medica e documentazione specifica a seconda della prestazione.

SINTESI DELLE GARANZIE ASSICURATIVE

Il piano sanitario predisposto da Intesa Sanpaolo Protezione per gli iscritti a Ebitemp Salute fornisce indennizzi all'Assicurato in caso di sinistri riconducibili a malattia o infortunio, verificatisi mentre l'Assicurazione è operativa, secondo quanto più precisamente definito nelle condizioni di Polizza. Non sono previsti periodi di Carenza. Si precisa che il presente documento intende essere una Guida operativa di sintesi che non sostituisce le condizioni di polizza di cui l'Assicurato deve prendere visione.

La gestione delle pratiche inerenti alle prestazioni sanitarie di cui al presente documento è effettuata da Previmedical Spa, quale service provider di Intesa Sanpaolo Protezione.

Le prestazioni in garanzia sono fruibili nelle strutture del Network Previmedical o in strutture esterne al Network, a seconda di quanto indicato nelle condizioni di Polizza.

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 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
- Fistelografia
- 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 OTOPEDICHE 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 fisiatrica e valutazione posturologica

6. Prevenzione dermatologica

- per controllare le lesioni nevice 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).

ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 1. 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. 2. 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.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

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'Indennizzo¹.

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.

¹ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

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
-

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).

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.

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

Contatti

È possibile contattare la Centrale Operativa, attiva dal lunedì al venerdì dalle h. 7.00 alle h.23.00, festivi esclusi, 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.

Via email all'indirizzo assistenza.ebitemp@previmedical.it

Per eventuali 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>

Questa guida è stata predisposta in modo da costituire uno strumento di sintesi. In nessun caso la guida può sostituire le Condizioni generali di Assicurazione, delle quali evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali.

Le Condizioni generali di Assicurazione restano pertanto l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

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
	Illimitato
S.S.N.	Nessuno Scoperto/Franchigia
C) PREVENZIONE	
2 pacchetto a scelta all'anno tra i seguenti:	Prevenzione DONNA, Prevenzione UOMO, Prevenzione cardiovascolare, Prevenzione oculistica, Prevenzione posturale, Prevenzione dermatologica, Prevenzione delle vie respiratorie, Prevenzione allergie e intolleranze, Prevenzione otorinolaringoiatrica, Prevenzione apparato digerente
Massimale	Illimitato
Assistenza diretta	Nessuno Scoperto/Franchigia

D) ALTRE CONDIZIONI	
Scontistica presso i negozi fisici "Salmoiraghi & Viganò" e "Grand Vision"	Compreso

ALLEGATO 2 – Grandi Interventi Chirurgici - elenco GIC coperti

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
- Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Colectomia totale
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia
- 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, siringomieli, 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 meningoencefalocoele
- 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 artodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "customade"
- Artropalstica delle grandi articolazioni
- Acromioplastica più cuffia rotatori della spalla
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "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
- Vertebrotonomia
- 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 (lobectomy, pneumonectomy)
- 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
- Toraceptomia 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