



Copertura Sanitaria n. 100854
Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare
per gli Associati alla Cassa

PIANO BASE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le condizioni di assicurazione

MODELLO FI 2290
Edizione 01/2021

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

SOMMARIO

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

- SEZIONE I

- Glossario *da pag. 1*
-

- Capitolo 1 – Informazioni generali - *da pag. 5*
-

- Capitolo 2 - Condizioni assicurative - *da pag. 7*
-

- SEZIONE II

- Capitolo 1 - Prestazioni assicurate - *da pag. 12*
-

- Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni - *da pag. 25*
-

- Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 25*
-

- SEZIONE III

- Capitolo 1 – ComfortSalute®
-

Allegati:

- 1) Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
-

- 2) Grandi Interventi Chirurgici
-

- 3) Elenco Strutture TOP
-

- 4) Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)
-

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 scadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

Sezione I

GLOSSARIO

Accertamento diagnostico: Prestazione sanitaria strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Associato: associato alla Cassa.

Cartella Clinica: documento ufficiale 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, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Cassa: Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare - Via Carlo Negroni, 12 – 28100 Novara P.IVA 94057860036, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

CDA: condizioni di assicurazione.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente, i soggetti assicurati, ecc).

Contraente: Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare - Via Carlo Negroni, 12 – 28100 Novara P.IVA 94057860036 il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.



Evento/Data Evento: il singolo ricovero, anche in regime di degenza diurna (Day Hospital) o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. Per le Specialistiche Extraospedaliere e le Visite specialistiche ed Analisi, tutte le visite e gli esami, riguardanti la stessa patologia, prescritti e autorizzati (in caso di pagamento diretto) o inviati al rimborso contemporaneamente;

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Indennità sostitutiva: indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento ambulatoriale: Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

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

Malformazione: deviazione congenita del normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi;

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

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

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.previmedical.it.

Nucleo familiare: come indicato all'art. 12.6 "Categorie Assicurate"

Optometrista: professionista sanitario, non medico, laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi e/o soggettivi strumentali lo stato refrattivo del soggetto, al fine di determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica al soggetto.

Polizza: i documenti che descrivono e provano l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Protesi acustica (Apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi).

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Società o di un 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 di assistenza diretta: l'accesso, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assicurato, al netto di eventuali somme che rimangano a suo carico, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

Regime rimborsuale: il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e non rientranti nell'ambito del Network, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rimborso/Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Società: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Sub-massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CDA, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.



Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia (o massofisioterapista diplomato anteriormente all'istituzione dei corsi di laurea in fisioterapia e cioè entro il 17 marzo 1999) o titolo equivalente riconosciuto in Italia come previsto dal DM del 27 luglio 2000, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, Studi medici, Istituti di cura, studi fisioterapici autorizzati o da professionisti come sopra identificati, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Sono altresì riconosciute le prestazioni eseguite da nuove figure professionali che dovessero essere riconosciute dal Ministero della Salute. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, salvo quanto previsto all'art. 23 – punto C). Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale, nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il Biologo Nutrizionista).

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007¹.

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2019²

Patrimonio netto: € 306.026.694,00

di cui

- capitale sociale: € 160.000.000,00

- totale delle riserve patrimoniali: € 100.873.413,00

Indice di solvibilità³: 175% (185% al netto dell'add on di capitale)

Art. 3. Periodi di carenza contrattuali

La polizza **non prevede periodi di carenza** (nei quali la copertura non è attiva).

Art. 4. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

Art. 5. Diritto di recesso

Avvertenza: la facoltà di recesso da parte del contraente è preclusa.

Il Contraente ha la facoltà di recedere anticipatamente dalla convenzione al termine della prima annualità qualora venga sottoscritta un'intesa per la creazione – a decorrere dal 2022 – di una forma assistenziale unica per tutto il Gruppo BANCO BPM.

Tale facoltà è esercitabile entro 90 giorni precedenti la scadenza della prima annualità assicurativa.

Art. 6. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 7. Reclami

7.1 Come fare reclamo

I reclami sul contratto o su un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati a Intesa Sanpaolo RBM Salute a scelta:

- compilando il form on line (<https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html>),
- per posta ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami – Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
- per fax: 0110932609
- per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com
- a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

¹ G.U. 255 del 2 novembre 2007.

² I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).

³ L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.



- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi.

Liti transfrontaliere

Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su www.ec.europa.eu/fin-net) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

7.2 Risposte al reclamo

Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.

Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
fax: 06.42133206
pec: ivass@pec.ivass.it
informazioni su www.ivass.it
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria⁴ per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

⁴ D. Lgs. 28/2010, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura **durante l'operatività del presente Contratto e fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati, in polizza** il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato rese necessarie a seguito di malattia o infortunio (si riporta nell'Allegato 1 una Scheda riassuntiva dei massimali/somme assicurate e/o franchigie e/o scoperti previsti per singola garanzia assicurata).

Art. 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Non applicabile in quanto la Società non richiede alcuna dichiarazione in ordine alle circostanze del rischio.

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

Art. 10. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente/Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio; **in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.**

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari.

Pertanto, qualora l'Assicurato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

Art. 11. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

La presente Convenzione ha una durata di 2 anni, dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2021 alle ore 00.00 del 01/01/2023 senza tacito rinnovo.

Il Contraente ha la facoltà di recedere anticipatamente dalla convenzione al termine della prima annualità qualora venga sottoscritta un'intesa per la creazione – a decorrere dal 2022 – di una forma assistenziale unica per tutto il Gruppo BANCO BPM.

Tale facoltà è esercitabile entro 90 giorni precedenti la scadenza della prima annualità assicurativa.

L'assicurazione ha effetto dalle 00.00 del 01/01/2021 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento, **ferme le successive scadenze**, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Trascorso il termine di cui sopra, **la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigere giudizialmente l'esecuzione.**

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, prevede un frazionamento mensile anticipato come riportato sul certificato di polizza.

Il premio dovrà essere versato direttamente dal Contraente alla Società mediante bonifico bancario.

L'anagrafica provvisoria dovrà pervenire alla Società entro 30 gg alla data di decorrenza, tramite tracciato informatico concordato.

L'anagrafica definitiva dovrà pervenire alla Società entro il primo mese successivo alla decorrenza, tramite tracciato informatico concordato.

Art. 12. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

12.1 Nuove assunzioni

Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dipendente decorre dal giorno dell'assunzione.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

12.2 Neo-promozioni

In caso di promozione di un dipendente da una categoria ad un'altra in corso d'anno, la garanzia decorre dalla data della nomina:

- a) se la promozione avviene nei primi sei mesi dell'anno, il passaggio alla nuova copertura prevede il versamento del 100% della differenza fra il nuovo premio ed il premio già versato per l'iscritto ad inizio anno;
- b) se la promozione avviene nella seconda metà dell'anno, il versamento dovuto è pari al 60% della differenza fra i due premi;
- c) in entrambi i suddetti casi i limiti ed i massimali applicabili al periodo successivo all'inserimento nel nuovo pacchetto sono determinati calcolando la differenza tra quelli previsti in Convenzione per la nuova copertura e quanto già consumato da ciascun Assicurato nella copertura precedente.

12.3 Inclusione di Familiari in corso d'anno

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite: essa verrà effettuata mediante apposita comunicazione alla Cassa

La comunicazione alla Società delle inclusioni deve avvenire entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento (a titolo esemplificativo dalla nascita del figlio): qualora la comunicazione avvenga nel termine indicato, la copertura assicurativa è operativa, nei confronti dei familiari inclusi, dalla data di certificazione della variazione sullo stato di famiglia; qualora, invece, il termine non venga rispettato, l'assicurazione nei confronti dei familiari inclusi decorrerà dal primo giorno del mese di comunicazione alla Società

Ai soli fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno verrà corrisposto il 60% del premio annuo.

12.4 Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari Assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

Nel caso di decesso del dipendente gli eventuali familiari Assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva e pertanto non si provvederà alla restituzione dell'eventuale premio.

In caso di aumento del numero di nuclei assicurati il Contraente è tenuto a pagare la rata di rinnovo aumentata in relazione allo stato del rischio comunicato al termine dell'annualità assicurativa.

12.5 Regolazione premio

Fermo restando quanto previsto in relazione alle anagrafiche provvisorie dal precedente art. 12 "Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica", entro il primo mese successivo alla decorrenza, a seguito del ricevimento delle anagrafiche, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto alla società sulla base delle anagrafiche definitive alla data di decorrenza.

Resta convenuto che alla scadenza dell'annualità verrà effettuata la regolazione del premio in base al numero effettivo degli Assicurati. La regolazione annuale sarà determinata entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

La Contraente si impegna ad esibire la documentazione necessaria alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli.

Il versamento alla Società del premio relativo alla regolazione dovrà essere effettuato entro 30 giorni dalla ricezione del documento.

12.6 Categorie Assicurate:

L'assicurazione è prestata a favore:

- del Personale in servizio presso il gruppo Banco BPM, iscritto alla Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare e s'intende valida durante il permanere del rapporto di lavoro e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione anche se posteriore alla cessazione del rapporto stesso;
- del Personale beneficiario del fondo di solidarietà del Banco BPM, iscritto alla Cassa Assistenza del Gruppo e s'intende valida durante il permanere di tale rapporto e fino alla prima scadenza annuale dell'assicurazione anche se posteriore alla cessazione del rapporto stesso.

La copertura è prestata a favore del coniuge fiscalmente a carico e figli fiscalmente a carico (anche del coniuge) fino al limite di età previsto dal Decreto Legislativo n. 125 del 21 aprile 2000 e Legge Nazionale n. 236 del 1993 (attualmente 35 anni), anche non conviventi.

La copertura è, inoltre, prestata a favore dei coniugi e figli superstiti già fiscalmente a carico del dipendente defunto in servizio.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del dipendente:

- 1) al coniuge non fiscalmente a carico o al convivente "more uxorio" (quest'ultimo purché risultante dallo stato di famiglia);
 - 2) ai figli fiscalmente a carico non rientranti nei privilegi di cui ai riferimenti di legge suindicati, nonché ai figli non fiscalmente a carico purché conviventi e risultanti dallo stato di famiglia
 - 3) agli altri familiari purché conviventi risultanti dallo stato di famiglia.
 - 4) ai componenti del "nucleo allargato" intendendosi per tali i figli degli Iscritti che hanno lasciato il nucleo originario per formare una nuova famiglia compreso il nuovo coniuge e eventuali figli
- Qualora, in caso di assegnazione a nuova sede di lavoro, il dipendente si trasferisca nella nuova sede senza l'intero nucleo familiare, la garanzia resterà comunque operante per le persone assicurate non trasferitesi.

Il coniuge, anche legalmente ed effettivamente separato, è sempre assicurabile, pur se con domicilio e/o residenza diversi dal dipendente assicurato; la copertura verrà meno nel caso in cui subentri situazione di cessazione degli effetti civili del matrimonio.

La garanzia assicurativa è valida per tutti gli Assicurati, indipendentemente dalle condizioni fisiche degli stessi e senza compilazione del questionario anamnestico.

12.7 Premi:

I premi annui per il complesso delle prestazioni sottoindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi e saranno riferiti alla data di decorrenza della polizza:

Annualità 2021

- a) dipendente e coniuge/figli fiscalmente a carico fino a 35 anni: **€ 612,00 per nucleo**
- b) familiare non a carico: **€ 292,00 pro capite**

Annualità 2022

- a) dipendente e coniuge/figli fiscalmente a carico fino a 35 anni: **€ 627,00 per nucleo**
- b) familiare non a carico: **€ 299,00 pro capite**

Art. 13. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo Interio con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.



Art. 14. Forma delle comunicazioni

Il Contraente e la Società prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 15. Obblighi di consegna documentale a carico del Contraente

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assicurato i seguenti documenti:

- a) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali);**
- b) Condizioni di Assicurazione.**

Art. 16. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

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

la Società, entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione, renderà al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente è tenuto, a sua volta, a comunicare tali informazioni ad ogni Assicurato.

Art. 17. Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, **salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.**

Art. 18. Regime fiscale

I premi sono sottoposti a tassa del 2,50%.

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 19. Foro Competente

Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata:

- per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Società.

- per ogni controversia tra la Società e l'Assicurato è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 20. Controversie: arbitrato

Avvertenza: pur essendo prevista la possibilità di ricorrere ad un arbitrato è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria e/o agli Organismi di Mediazione accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010.

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Ove non si ricorra al collegio arbitrale, rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 21. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le Norme di Legge vigenti in Italia.

Sezione II

CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 22. Descrizione delle prestazioni Assicurate

La Società assicura, **fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati,** il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato **durante l'operatività del presente Contratto** e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio (si riporta nell'Allegato 1 una Scheda riassuntiva dei massimali/somme assicurate e/o franchigie e/o scoperti previsti per singola garanzia assicurata); gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi).

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) OSPEDALIERE

1) Ricovero in Istituto di Cura

a) Pre-ricovero

gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche effettuati entro **100 giorni** precedenti al ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico;



b) Intervento chirurgico

gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;

c) Assistenza durante il ricovero

l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi e le consulenze medico-specialistiche;

d) retta di degenza, **con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente;**

Struttura convenzionata:

Nei limiti del Massimale di cui al punto A.1.

Struttura non convenzionata:

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 360,00** al giorno;

e) Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, per un accompagnatore dell'Assicurato, **debitamente documentate (fatture, notule, ricevute).**

Nel caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite massimo di € 50,00 al giorno per 100 giorni.

f) Assistenza infermieristica privata individuale **€ 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni per anno assicurativo.**

g) Post-ricovero

Gli accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure, anche termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei **100 giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha

determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

h) Test sierologici e/o tamponi molecolari

Intesa Sanpaolo RBM Salute prevede la copertura delle spese relative all'esecuzione da parte delle strutture sanitarie convenzionate dei test sierologici e/o dei tamponi molecolari richiesti nell'ambito del percorso preparatorio al ricovero sia in regime di assistenza diretta sia in regime indiretto (rimborsuale).

Alle predette prestazioni saranno applicati i medesimi massimali, le medesime franchigie/minimi e/o scoperti applicabili alla garanzia principale (ricovero).

2) Trasporto sanitario



il trasporto dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con ambulanza se in Italia e in un raggio di 200 km, con qualunque mezzo di trasporto se in Italia ma in un raggio superiore a 200 km o qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

La garanzia è prestata nel limite massimo di € 1.500,00 per ricovero.

3) Degenza in regime di Day Hospital

Nel caso di Day-Hospital con intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 1) "Ricovero in Istituto di cura" - con esclusione delle prestazioni di cui alla lett. e) ed f) - e 2) "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

Nel caso di Day-Hospital senza intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 1) "Ricovero in Istituto di cura", lett. a) "Pre-ricovero", c) "Assistenza durante il ricovero", d) "Rette di degenza", entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.



4) Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste al punto 1) "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza durante il ricovero", g) "Post-ricovero" e punto 2) "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione (scoperti e franchigie vedi art. A.2) "Modalità di Erogazione delle Prestazioni").



5) Miopia



In caso di miopia, la Società rimborsa unicamente le spese per chirurgia refrattiva e i trattamenti con laser ad eccimeri, con il massimale di € 1.200,00 per occhio (scoperti e franchigie vedi art. A.2) "Modalità di Erogazione delle Prestazioni").

6) Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 1) "Ricovero in Istituto di cura" e 2) "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione, il pre ed il post ricovero viene elevato a 180 giorni, vengono liquidate inoltre le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.



7) Parto Cesareo



In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 1) "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza durante il ricovero", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", g) "Post-ricovero" e punto 2) "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

La garanzia è prestata nel limite previsto al punto 1) "Ricovero in Istituto di cura", con un massimale di € 7.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

8) Parto Naturale e aborto terapeutico



In caso di parto non cesareo e di aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 1) "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza durante il ricovero", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", g) "Post-ricovero" e punto 2) "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

La garanzia è prestata nel limite previsto al punto 1) "Ricovero in Istituto di cura", con un massimale di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

9) Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero a seguito di infortunio o malattia, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura.



10) Interventi chirurgici odontoiatrici

La Società rimborsa le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma

Rimborsa inoltre le spese dentarie rese necessarie da intervento chirurgico sul massiccio facciale di bambini di età inferiore ai 10 anni.

Le spese sostenute vengono rimborsate nei limiti previsti al punto 1) "Ricovero in Istituto di cura".



La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

11) Indennità sostitutiva



L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa (comprese le prestazioni pre/post), avrà diritto a un'indennità di **€ 70,00 per ciascun giorno di ricovero sino ad un massimo di 180 giorni per persona e per anno assicurativo** (per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi).

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'Assicurato potrà scegliere se avere il pagamento delle spese pre e post ricovero effettuate in struttura privata/intramoenia o dell'indennità sostitutiva per l'intervento fatto in struttura pubblica.



In caso di scelta del pagamento delle spese pre e post, si precisa che l'eventuale scoperto per tali spese seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta) come indicato all'art. A.2) "Modalità di erogazione delle prestazioni".

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

* * *

Relativamente alle garanzie sopra descritte, si precisa inoltre quanto segue:

- **le spese relative ad un Ricovero Improprio, non potranno essere riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extraospedaliere qualora previste e indennizzabili a termini di polizza;**

A.1) MASSIMALI ASSICURATI

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 200.000,00** per nucleo familiare.

Tale massimale si intende raddoppiato in caso di Grande Intervento Chirurgico.

Fermo il massimale suindicato, relativamente ai seguenti interventi il massimo indennizzo, al netto di eventuali scoperti e/o franchigie, relativamente ai ricoveri effettuati in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società non potrà essere superiore all'importo evidenziato:

| | |
|-------------------------------|------------|
| colecistectomia | € 6.300,00 |
| meniscectomia o leg. Crociati | € 7.500,00 |
| rimozione mezzi di sintesi | € 6.300,00 |
| intervento alla spalla | € 6.300,00 |
| ernia inguinale | € 4.500,00 |
| Emorroidi | € 4.500,00 |
| Adenotonsillectomia | € 4.500,00 |
| Cataratta | € 2.500,00 |

Tali sottolimiti non si intendono validi in caso di utilizzo di strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

Sono inoltre previsti dei **sub-massimali annui con riferimento alle seguenti prestazioni:**

- Parto Naturale/aborto terapeutico: **€ 4.000,00**
- Parto Cesareo: **€ 7.000,00**
- Miopia: **€ 1.200,00** per occhio

REINTEGRO MASSIMALE

E' consentito reintegrare una volta il massimale annuo con **il pagamento di un premio aggiuntivo pari al costo annuo complessivo sostenuto dall'iscritto per tutti i beneficiari del suo nucleo.**
Il nuovo massimale opera esclusivamente nel caso di sinistri accaduti successivamente al pagamento del premio relativo.

A.2) MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

- in caso di utilizzo di **Strutture Sanitarie ordinarie** le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con **applicazione di uno scoperto del 5%.**
- in caso di utilizzo di **Strutture TOP** (elencate nell'allegato n. 3) le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con **applicazione di uno scoperto del 30%.**

In caso di utilizzo dell'Ospedale San Raffaele **viene applicato uno scoperto del 25%**

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale le spese vengono rimborsate con il **limite di € 2.600,00** senza l'applicazione di scoperti/franchigie. Anche le spese pre/post relative all'intervento ambulatoriale non sono soggette a scoperti/franchigie

Le spese previste ai seguenti punti:

- 1) "Ricovero in istituto di cura":
 - lettera a) "Pre-ricovero"
 - lettera f) "Assistenza Infermieristica privata individuale"
 - lettera g) "Post-ricovero"
- 2) "Trasporto sanitario";
- 9) "Rimpatrio della salma"

vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

Relativamente alle spese per l'Assistenza Infermieristica privata individuale, trasporto sanitario e rimpatrio salma non si applicano scoperti/franchigie.

Le suindicate franchigie/scoperti vengono applicate anche nel caso di:

1. Intervento chirurgico odontoiatrico, parto cesareo, parto fisiologico e aborto terapeutico fermi i massimali ai punti indicati
2. Intervento di miopia fermo il massimale al punto indicato.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

- in caso di utilizzo di **Strutture Sanitarie ordinarie** le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con **applicazione dello scoperto del 20% con il minimo di € 600,00**
- in caso di utilizzo di **Strutture TOP** (elencate nell'allegato n. 3) le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con **applicazione dello scoperto del 30% con il minimo di € 600,00**

In caso di utilizzo dell'Ospedale San Raffaele **viene applicato uno scoperto del 25% con il minimo di € 600,00**

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale le spese vengono rimborsate con il **limite di € 2.600,00** senza l'applicazione di scoperti/franchigie. Anche le spese pre/post relative all'intervento ambulatoriale non sono soggette a scoperti/franchigie

Le spese previste ai seguenti punti:

- 1) "Ricovero in istituto di cura":
 - lettera a) "Pre-ricovero"
 - lettera f) "Assistenza Infermieristica privata individuale"
 - lettera g) "Post-ricovero"
- 2) "Trasporto sanitario";
- 9) "Rimpatrio della salma"

vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

Relativamente alle spese per l'Assistenza Infermieristica privata individuale, trasporto sanitario e rimpatrio salma non si applicano scoperti/franchigie.

Le suindicate franchigie/scoperti vengono applicate anche nel caso di:

1. Intervento chirurgico odontoiatrico, parto cesareo, parto fisiologico e aborto terapeutico fermi i massimali ai punti indicati
2. Intervento di miopia fermo il massimale al punto indicato.

Qualora l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate o le stesse risultassero distanti più di 50 Km. dal domicilio dell'Assicurato, previa autorizzazione rilasciata dalla Centrale Operativa, si applicheranno le Franchigie previste al punto a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 11 "Indennità Sostitutiva", in alternativa al rimborso integrale dei ticket.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria (intramoenia) con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alla lettera b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

Si precisa che l'eventuale scoperto per le spese pre e post di un ricovero/day-hospital seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day-hospital. Per l'intervento ambulatoriale le spese pre/post verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti/franchigie nei limiti previsti.

Si precisa che:

- se il ricovero è effettuato in assistenza diretta, alle spese di pre/post ricovero presentate a rimborso si applica lo scoperto e il minimo non indennizzabile previsto dal regime rimborsuale al netto della franchigia già calcolata per il ricovero in assistenza diretta

- le spese di pre/post ricovero effettuate in regime di SSN sono rimborsate senza applicazione di scoperti/franchigie, indipendentemente dal regime utilizzato durante il ricovero.

Esempi:

Regime di assistenza diretta in Struttura Sanitaria Ordinaria

Massimale € 200.000,00

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 5%

Prestazione autorizzata € 13.583,10

Regime rimborsuale

Massimale € 200.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 20% minimo € 600,00 – limite per intervento € 6.300,00

Indennizzo € 6.300,00 (perché l'importo liquidabile di € 11.438,40 è superiore al limite previsto per l'intervento di colecistectomia)

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B) ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

Cure

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia



- Laserterapia
- Radioterapia
- Dialisi

Alta diagnostica

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Ecografia
- Elettromiografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere corredate dalla relativa diagnosi e/o sospetta patologia e prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione comunque attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia.

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 7.000,00** a nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical (regime di assistenza diretta) verrà applicata una **franchigia di € 35,00**;



- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical (regime rimborsuale) verrà applicato uno **scoporto del 30% col minimo di € 60,00 per patologia o infortunio**;

- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket **sono rimborsati al 100%**.

Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 7.000,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Franchigia € 35,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 210,00 a carico della Società e € 35,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 7.000,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Scoporto 30% minimo € 60,00

Indennizzo € 171,50 (€ 245,00 - € 73,50)

C) VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Sono riconosciute, **con esclusione delle prestazioni indicate al punto B) Alta Specializzazione**, le spese di seguito indicate, conseguenti a malattia o a infortunio:

- Visite specialistiche (con l'esclusione delle visite pediatriche non specialistiche, cioè le visite effettuate dal pediatra di base ai fini del controllo della regolarità della crescita del bambino, dei trattamenti e delle visite psicologiche, nonché delle visite ed accertamenti odontoiatrici, ortodontici e sono anche escluse le visite medico legali);

Sono inoltre comprese le visite omeopatiche ed i cicli di terapia omeopatica ad esse eventualmente collegate (compresi i medicinali); tali prestazioni vengono erogate esclusivamente in forma rimborsuale. Sono inoltre compresi gli onorari del medico specialista per il solo atto medico relativo alle infiltrazioni.



- accertamenti diagnostici, eseguiti anche presso farmacie.



Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere corredate dalla relativa diagnosi e/o sospetta patologia e prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione comunque attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia.

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è condiviso con il massimale del punto B) Alta Specializzazione

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical (regime di assistenza diretta) verrà **applicata una franchigia fissa di € 35,00**

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical (regime rimborsuale) verrà applicato uno **scoperto del 30% col minimo di €60,00 per fattura**;

- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket **sono rimborsati al 100%**.

Il minimo non indennizzabile viene applicato una sola volta per i cicli di terapia omeopatica relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio

Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 7.000,00 condiviso con Alta Specializzazione

Costo del RX torace € 65,00

Franchigia € 35,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 30,00 a carico della Società e € 35,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 7.000,00 condiviso con Alta Specializzazione

Richiesta di rimborso per RX torace € 65,00

Scoperto 30% minimo € 60,00

Indennizzo € 5,00 (€ 65,00 - € 60,00 perché lo scoperto del 30% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

D) MEDICINALI

Sono rimborsabili le spese per l'acquisto di medicinali, prescritti dal medico curante, (intendendosi pertanto esclusi i medicinali omeopatici, di cui al punto C). L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale. E' inoltre compreso il costo del medicinale utilizzato in caso di infiltrazione effettuata da medico specialista.



MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è condiviso con il massimale del punto B) Alta Specializzazione

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato **applicando una franchigia fissa di € 18,00 per confezione**.

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 7.000,00 condiviso con Alta Specializzazione

Richiesta di rimborso € 60,00 per due confezioni di medicinali

Franchigia € 18,00 per confezione

Indennizzo € 24,00 (€ 60,00 - € 36,00)

E) CURE ONCOLOGICHE



Massimale **€ 30.000,00** per anno e per nucleo senza applicazione di nessuna franchigia

F) AGOPUNTURA



Vengono rimborsate le spese per agopuntura **praticata da medico specialista**.

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è condiviso con il massimale del punto B) Alta Specializzazione

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La garanzia opera esclusivamente in forma rimborsuale ed il rimborso delle spese verrà effettuato applicando uno scoperto del 20% col minimo di €60,00 per fattura.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere corredate dalla relativa diagnosi e/o sospetta patologia e prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione comunque attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia.

G) AMNIOCENTESI E VILLOCENTESI

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per amniocentesi e prelievo dei villi coriali nel caso in cui sussistano sospetti di malformazioni genetiche del feto per ereditarietà, per età superiore a 36 anni o per gravidanza a rischio se prescritti da medico specialista ginecologico.



MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è condiviso con il massimale del punto B) Alta Specializzazione

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical (regime di assistenza diretta) verrà applicata una **franchigia di € 35,00**;
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical (regime rimborsuale) verrà applicato uno **scoperto del 30% col minimo di € 60,00 per patologia o infortunio**;
- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket **sono rimborsati al 100%**.

H) LENTI E MONTATURE

La Società rimborsa le spese per lenti e occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (con esclusione delle soluzioni saline),



MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è **€ 250,00 per nucleo familiare**

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato applicando una franchigia di € 25,00 per fattura

La garanzia è operante in presenza di prima prescrizione o di modifica del visus certificata dal medico oculista, dall'optometrista o dall'ortottico.



Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 250,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Franchigia € 25,00 per fattura

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 250,00 a carico della Società e € 150,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00

Franchigia € 25,00 per fattura

Indennizzo € 250,00

I) PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per acquisto, riparazione e sostituzione di protesi ortopediche e acustiche quali:

- protesi e presidi ortopedici;
- cinti erniari;
- busti ortopedici curativi;
- ausili udito.

Sono inoltre comprese nella garanzia: protesi oculari, ausili fonazione, ausili a mobilità.

Restano escluse: calzature a plantare, corsetteria e busti estetico/formativi.



MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è **€ 2.000,00 per nucleo familiare**

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato applicando **applicando uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per singola fattura.**

J) PRESTAZIONI DI PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni ambulatoriali di Pronto Soccorso conseguenti a infortunio in assenza di ricovero: applicazione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali, trasporto.

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è **€ 1.000,00 per nucleo familiare**

K) PSICOMOTRICITA'

La Società rimborsa le spese sostenute per visite neuropsichiatriche e trattamenti psicomotori finalizzati al recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, prescritti da medico psichiatra ed effettuati da fisioterapisti specializzati, entrambi se relativi ai figli degli Assicurati di età inferiore o uguale ai 16 anni (sino al compimento del 17° anno) in situazione di handicap grave che usufruiscono delle provvidenze previste dall'Art. 69 del CCNL 31/03/2015

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è **€ 500,00 per nucleo familiare**

L) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

- trattamenti fisioterapici e rieducativi (Ozonoterapia, Fisioterapia, Kinesiterapia, Chiropratica, Ionoforesi, Ultrasuoni, Radar, Massoterapia, Laserterapia), prestazioni finalizzate al recupero della salute sia a fini riabilitativi che per terapia antalgica, non





effettuati in centri estetici o di fitness e sempreché siano prescritti da medici e siano effettuati da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia (o massofisioterapista diplomato anteriormente all'istituzione dei corsi di laurea in fisioterapia e cioè entro il 17 marzo 1999) o titolo equivalente riconosciuto in Italia come previsto dal DM del 27 luglio 2000, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, Studi medici, Istituti di cura, studi fisioterapici autorizzati o da professionisti come sopra identificati, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa o documentato unitamente alla richiesta di rimborso.

Le richieste di rimborso per trattamenti fisioterapici dovranno essere presentate al termine del ciclo di cura

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 1.500,00** a nucleo; il massimale è da intendersi come sottomassimale del punto B) Alta Specializzazione.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical (regime di assistenza diretta) **verrà applicato uno scoperto 10% minimo non indennizzabile € 50,00 per singola prestazione, intendendosi per tale anche un ciclo di cure.**
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical (regime rimborsuale) **verrà applicato uno 30% con il minimo non indennizzabile di € 150,00 per singola prestazione, intendendosi per tale anche un ciclo di cure;**
- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket **sono rimborsati al 100%.**

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere corredate dalla relativa diagnosi e/o sospetta patologia e prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione comunque attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia.

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di Cura, di uno Studio Medico, Studio fisioterapico autorizzato, di un medico specialista o Centro Medico. Nel caso della fattura emessa da studio medico o medico specialista, inoltre, la fattura dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi e/o sospetta patologia.

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.500,00 (sottomassimale del punto B) Alta Specializzazione)

Costo della massoterapia (10 sedute) € 240,00

Scoperto 10% minimo €50,00

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 190,00 a carico della Società e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.500,00 (sottomassimale del punto B) Alta Specializzazione)

Costo della massoterapia (10 sedute) € 240,00

Scoperto 30% minimo €150,00

Indennizzo € 90,00 (€ 240,00 - € 150,00, perché lo scoperto del 30% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

M) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa le spese sostenute per cure dentarie conseguenti a infortunio.

Ai fini dell'operatività della garanzia è **necessaria la presentazione del certificato di Pronto Soccorso relativo all'infortunio occorso.**



MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è condiviso con il massimale del punto B) Alta Specializzazione

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical (regime di assistenza diretta) verrà applicata una **franchigia di € 35,00;**
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical (regime rimborsuale) verrà applicato uno **scoperto del 30% col minimo di € 60,00 per patologia o infortunio;**
- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket **sono rimborsati al 100%.**

N) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese sostenute solo per otturazioni dentarie, nonché i ticket odontoiatrici nell'ambito del SSN.

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è **pari a € 200,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.**

O) ANTICIPO SPESE SANITARIE

Nei casi di ricovero per intervento chirurgico per il quale l'Istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde, su richiesta dell'Assicurato, l'importo richiesto a tale titolo nella misura massima del 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'Assicurato, unitamente alla richiesta di corresponsione dell'anticipo, dovrà produrre idonea documentazione medica ai fini della valutazione dell'operatività della garanzia.

Art. 23. Estensioni di garanzia

Sono inclusi nell'assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza.

CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 24. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- i ricoveri per intervento di correzione o di eliminazione della miopia, salvo quanto previsto al punto 5) Miopia;
- esami, accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici, cure dentarie, protesi dentarie, cura delle paradontopatie, cure ed interventi di ortodonzia e per disodontiasi, salvo quanto previsto al punto N) "Cure dentarie";
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni);
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio;
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- visite odontoiatriche ed ortodontiche non conseguenti ad infortunio, trattamenti e visite psicologiche, visite pediatriche di controllo, le visite medico-legali;
- check-up clinici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Art. 25. Persone non assicurabili

Non sono previsti limiti di età e cause di non assicurabilità.

CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 26. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Il sinistro deve essere denunciato dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

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 curante ai fini della cura della patologia dell'assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura.

Per le prestazioni ospedaliere, la data del sinistro è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio; per le prestazioni extraospedaliere la data del sinistro è quella della prima prestazione sanitaria erogata, relativa allo specifico evento. Per le cure oncologiche, le prestazioni fisioterapiche ed odontoiatriche la data evento è quella in cui è eseguita la singola prestazione relativa allo specifico evento.

NOTA BENE: DISPOSIZIONI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI EFFETTUATE TRA DUE ANNUALITÀ



Tutte le prestazioni sanitarie /odontoiatriche o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato esercizio saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assicurazione, dal momento che la patologia oggetto di copertura ed il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'assicurato.

Qualora l'Assicurato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è **necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.**

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

L'accertamento potrà essere disposto entro un termine minimo di 48 ore dalla denuncia del sinistro e comunque entro un termine massimo di sei mesi.

Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui all'articolo "Prestazioni Extraospedaliere".

Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo.

In caso di più ricoveri per la medesima patologia effettuati a breve distanza di tempo, la Società può richiedere per le degenze successive al primo ricovero una relazione clinica specialistica che li giustifichi.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assicurato titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto per richiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- **certificato di morte dell'Assicurato;**
- **copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà** che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- **in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale** dalla quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- **eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;**
- **fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;**
- **dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione (CDA).**



In caso di prestazione mista, ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società non provvederà al pagamento diretto ma solo alla successiva liquidazione in forma rimborsuale. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza.

In ragione della particolare specializzazione di alcune Strutture nonché degli elevati standing qualitativi garantiti (Strutture "TOP" di cui allo specifico elenco), fatto salvo per quanto previsto all'articolo 22 – punto A.2 per l'Ospedale San Raffaele, gli scoperti di base contrattualmente previsti sono incrementati come segue (cfr. scheda riassuntiva - All.1):

- in regime di assistenza diretta: scoperto base + 25%
- in regime rimborsuale: scoperto base + 10%

Le prestazioni erogate in intramoenia sono considerate prestazioni private, ancorché eseguite in strutture pubbliche.

Il pagamento di eventuali imposte, ivi compresa quella di bollo, dovute per le prestazioni oggetto della presente copertura assicurativa, rimane ad esclusivo carico dell'Assicurato; non sono dovute dalla Società le spese sostenute dall'Assicurato per eventuali oneri amministrativi di qualsivoglia natura (ad esempio le spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

| |
|---|
| Procedura operativa - Regime di assistenza diretta |
|---|

RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa di Previmedical S.p.A., in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assicurato dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800.90.14.19** da telefono fisso (numero verde);
- **- +39 0422.17.44.111** da telefono cellulare e per chiamate dall'estero.

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assicurato si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network di Previmedical e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore, 24 ore in caso di urgenza certificata. La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni ricevute dall'Assicurato a termini e limiti di Polizza fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico dell'Assicurato.

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assicurato dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

In caso di prestazione mista, ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società non provvederà al pagamento diretto ma solo alla successiva liquidazione in forma rimborsuale. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza.

L'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione;
- data della prestazione.

L'Assicurato **dovrà altresì trasmettere via fax (0422.17.44.611) o via mail all'indirizzo assistenza.cpo@previmedical.it** la prescrizione medica con i seguenti elementi:

- prescrizione (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la prestazione da effettuare. La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia;
- diagnosi;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Qualora il referto di Pronto Soccorso non sia disponibile, sarà data all'Assicurato la possibilità di presentare come documentazione alternativa un'ideale certificazione medico-specialistica dalla quale possa risultare di pronto riscontro la portata e l'entità del trauma subito. Sarà comunque valutata la congruità della documentazione presentata da parte della Società;
- copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up.
- Inoltre in caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.
In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assicurato solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

Si precisa che per i ricoveri e/o Day Hospital, non "resi necessari da malattia o infortunio", durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica e in riferimento al quadro clinico, possono essere effettuati anche in ambulatorio senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente, le spese relative alle prestazioni effettuate verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extraospedaliere.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assicurato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS.

L'Assicurato deve comunicare tempestivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, della relativa autorizzazione.

LA PREATTIVAZIONE (TRAMITE AREA RISERVATA O APP MOBILE)

L'iscritto, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la richiesta di autorizzazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.welfare.bancopopolare.it - AREA ISCRITTO, oppure attraverso la App Mobile avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

L'iscritto deve selezionare l'Assicurato per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assicurato avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assicurato deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura;

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre :

- la ragione sociale della struttura stessa;
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'Assicurato. Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assicurato potrà visualizzare l'elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

A questo punto l'Assicurato, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assicurato si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network di Previmedical e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore, 24 ore in caso di urgenza certificata. La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni ricevute dall'Assicurato a termini e limiti di Polizza fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico dell'Assicurato.

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assicurato dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

In caso di prestazione mista, ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società non provvederà al pagamento diretto ma solo alla successiva liquidazione in forma rimborsuale. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza.

CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in rete senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax **(0422.17.44.611)** o via mail all'indirizzo assistenza.cpo@previmedical.it allegando:

- prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto di Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Qualora il referto di Pronto Soccorso non sia disponibile, sarà data all'Assicurato la possibilità di presentare come documentazione alternativa un'idonea certificazione medico-specialistica dalla quale possa risultare di pronto riscontro la portata e l'entità del trauma subito. Da parte della Società sarà comunque valutata la congruità della documentazione presentata.
- copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore.

Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assicurato potrà richiedere l'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Assicurato dovrà provvedere ad inviare alla Centrale Operativa la documentazione come sopra indicato.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della urgenza rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assicurato sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assicurato acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assicurato e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

Dopo il ricovero/intervento chirurgico

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento), nonché le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc..

VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa di Previmedical S.p.A., in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assicurato dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800.90.14.19** da telefono fisso (numero verde);
- **- +39 0422.17.44.111** da telefono cellulare e per chiamate dall'estero.

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni extraospedaliere, senza alcuna limitazione di importo minimo, a condizione che l'Assicurato si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network di Previmedical e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore, 24 ore in caso di urgenza certificata. La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni ricevute dall'Assicurato a termini e limiti di Polizza fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico dell'Assicurato.

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni (di calendario) per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assicurato dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 3 giorni per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

In caso di prestazione mista, ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società non provvederà al pagamento diretto ma solo alla successiva liquidazione in forma rimborsuale. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza.

L'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione;
- data della prestazione
- lettura del certificato medico in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico. La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto o analoga documentazione attestante il quesito diagnostico o la sospetta patologia;
- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile
- copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc)
- In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

La Centrale Operativa, verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;

- lo “status” dell’Assicurato (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell’Assicurato).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall’Assicurato (valutando, a titolo esemplificativo, l’inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell’Assicurato, i massimali residui, ecc.).

Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all’Assicurato l’invio, a mezzo mail o fax, della predetta documentazione medica oggetto d’analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico).

L’autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all’Assicurato solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

L’Assicurato, nell’ipotesi in cui l’analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest’ultima l’autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo mail o sms. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l’analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo mail, fax, telefono o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all’Assicurato in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche “non convenzionali” (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l’Assicurato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l’autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.

L’Assicurato deve comunicare tempestivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico-medici del caso, della relativa autorizzazione.

LA PREATTIVAZIONE (TRAMITE AREA RISERVATA O APP MOBILE)

L’iscritto, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la richiesta di autorizzazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.welfare.bancopopolare.it - AREA ISCRITTO, oppure attraverso la App Mobile avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata “Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line”.

L’iscritto deve selezionare l’Assicurato per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l’Assicurato avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l’Assicurato deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura;

E’ possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre :

- la ragione sociale della struttura stessa;
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall’Assicurato. Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l’Assicurato potrà visualizzare l’elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata “Richiesta assistenza convenzionata on-line”.

A questo punto l’Assicurato, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni extraospedaliere, senza alcuna limitazione di importo minimo, a condizione che l'Assicurato si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network di Previmedical e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore, 24 ore in caso di urgenza certificata. La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni ricevute dall'Assicurato a termini e limiti di Polizza fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico dell'Assicurato.

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni (di calendario) per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assicurato dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 3 giorni per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

In caso di prestazione mista, ossia struttura convenzionata e equipe medica non convenzionata, la Società non provvederà al pagamento diretto ma solo alla successiva liquidazione in forma rimborsuale. Si applicano in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie previsti in Polizza.

ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax (**0422.17.44.611**) o mail all'indirizzo assistenza.cpo@previmedical.it allegando:

- prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure Dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).
- copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore.

Resta inteso comunque che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della urgenza rispetto al singolo caso, è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa. A tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assicurato sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assicurato acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assicurato e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

Dopo aver ricevuto la prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dall'opzione sanitaria di riferimento).

Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.

CURE ODONTOIATRICHE

Qualora si rendessero necessarie prestazioni odontoiatriche, l'Assicurato dovrà preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata/Web (Area Riservata) o Numero verde **800.90.14.19 (+39 0422.17.44.111** da telefono cellulare e per chiamate dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere alle cure, comunicando:

- la prestazione da eseguire nell'appuntamento;
- il quesito diagnostico o la patologia;
- il nome del dentista convenzionato;
- data e orario dell'appuntamento. Qualsiasi modifica relativa alla data dell'appuntamento dovrà essere comunicata preventivamente dall'Assicurato (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) alla Centrale Operativa.

Inoltre dovrà essere trasmessa la copia della prescrizione medica.

Nel caso fossero necessari ulteriori trattamenti, l'Assicurato dovrà di volta in volta richiederne l'autorizzazione alla Centrale Operativa singolarmente, con le predette modalità.

Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici.

La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico per le prestazioni autorizzate.

L'Assicurato riceverà l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, che dovrà portare con sé il giorno dell'appuntamento.

ESEMPIO DI AUTORIZZAZIONE ODONTOIATRICA IN NETWORK

Esempio: Carie non penetrante (cavità di Black Classe II o V) su elemento 25

Nel caso in cui l'Assicurato sia affetto da una carie non penetrante di un dente, il trattamento cui verrà sottoposto è l'otturazione.

Per accedere a tale trattamento dovrà:

1. chiedere al dentista convenzionato la prescrizione con indicazione dell'elemento da trattare nell'appuntamento successivo e della patologia (**che nel nostro esempio è Carie non penetrante**);
2. avere già fissato con il dentista convenzionato l'appuntamento in cui effettuare la prestazione del nostro esempio;
3. a questo punto potrà accedere alternativamente al sito www.welfare.bancopopolare.it, alla App di RBM Assicurazione Salute o chiamare il numero verde **800.90.14.19** (Opzione 1), con un preavviso di almeno 48 ore lavorative dall'appuntamento, per comunicare:
 - a. la prestazione da eseguire **"otturazione o intarsio sul dente 25"**;
 - b. il quesito diagnostico o la patologia **"Carie non penetrante"**;
 - c. il nome della struttura convenzionata **"Studio Odontoiatrico ROSSI"**;
 - d. data ed ora dell'appuntamento **"25 maggio 2018 ore 16.00"**;



4. trasmettere a RBM Assicurazione Salute copia della prescrizione medica dove sarà indicato **“otturazione o intarsio sul dente 25 per Carie non penetrante”**;
5. ricevere a mezzo sms/email l'autorizzazione per la prestazione richiesta da portare con se il giorno dell'appuntamento.

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assicurato solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

In caso di mancata presentazione all'appuntamento si prega di darne pronta comunicazione alla Centrale Operativa.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assicurato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS.

L'Assicurato deve comunicare tempestivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, della relativa autorizzazione.

| |
|---|
| Procedura operativa - Regime rimborsuale |
|---|

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, l'Assicurato, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet www.welfare.bancopopolare.it, compilandolo in ogni sua parte, ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

1. **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. **Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.**
2. **cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;**
3. **prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere.**
4. **dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale. Se utilizzato il S.S.N., non è richiesta la relazione medica in caso di intervento chirurgico ambulatoriale effettuato in un'unica seduta ed entro il limite di € 100,00;**
5. **certificato del medico oculista, dell'ottico optometrista o ortottico regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto di lenti e occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive (con esclusione delle soluzioni saline).**
Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti;
6. **copia del tesserino “esenzione 048” in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.);**
7. **in caso di infiltrazioni effettuate da medico specialista, fattura riportante la distinzione del costo del medicinale e del costo dell'onorario medico;**
8. **in caso di trattamenti fisioterapici:**
 - i. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
 - ii. indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione.



Le richieste di rimborso per trattamenti fisioterapici dovranno essere presentate al termine della cura.

9. in caso di infortunio dovranno essere presentati anche i seguenti documenti:

- ⇒ **il referto del Pronto Soccorso redatto entro 24 ore dall'infortunio ed obbligatorio in caso di cure dentarie da infortunio**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. Se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. **In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);**
- ⇒ **in alternativa al referto del Pronto Soccorso sarà possibile inviare il modulo denuncia infortunio con allegato il certificato del medico curante, in caso di prima prestazione extraospedaliera, o il certificato del medico specialista, in caso di prima prestazione ospedaliera. Il modulo di denuncia infortunio è reperibile nella propria Area riservata;**
- ⇒ **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).**

10. quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

**INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
c/o PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde**

Oppure

**Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., Ufficio Liquidazioni
c/o Area Affari Treviso, Banco BPM**

La documentazione deve essere intestata al beneficiario della prestazione e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato titolare della copertura.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni. Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Le prestazioni devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato potrà trasmettere on line la propria richiesta di rimborso, unitamente alla relativa documentazione giustificativa medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria Area Riservata dal sito www.welfare.bancopopolare.it - AREA ISCRITTO, oppure attraverso la App Mobile.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che la Società considera giuridicamente equivalente all'originale ai fini dell'applicazione della presente copertura. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente paragrafo.

Art. 27. Livelli di servizio minimi garantiti e penale

Intesa Sanpaolo RBM Salute ritiene che il servizio sia una delle componenti essenziali per garantire una copertura di qualità e per gestire correttamente i rischi assunti. Per questo motivo la Società ha elaborato una griglia – sotto riportata – che illustra il livello di servizio che sarà garantito contrattualmente dal Banco.

| Attività | Tempi massimi di svolgimento dell'attività | Tempi medi di svolgimento dell'attività |
|--|--|---|
| 1) AREA DI SERVIZIO RIMBORSI | | |
| MESSA IN PAGAMENTO DEL RIMBORSO | 20 GG. DI CALENDARIO | 15 GG. DI CALENDARIO |
| 2) AREA DI SERVIZIO ASSISTENZA DIRETTA | | |
| GARANZIA DI PRESA IN CARICO DELLA RICHIESTA | ENTRO 48 H PREAVVISO | ENTRO 24 H PREAVVISO |
| MESSAGGIO BENVENUTO CALL CENTER | ENTRO 1 SECONDO | ENTRO 1 SECONDO |
| TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA | 90% IN 70 SECONDI | 95% IN 35 SECONDI |
| TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA MAILING | 48 H | 24 H |
| PROBLEM SOLVING I° LIVELLO ASSISTENZA | ENTRO 6 H | IMMEDIATO |
| PROBLEM SOLVING II° LIVELLO ASSISTENZA | ENTRO 12 H | ENTRO 4 H |
| PROBLEM SOLVING III° LIVELLO ASSISTENZA | ENTRO 24 H | ENTRO 8 H |
| 3) AREA DI SERVIZIO BUSINESS CONTINUITY | | |

| | | |
|--|----------------------|-------------------|
| RICOSTRUZIONE DATI E PROCEDURE (SITO REMOTO) | ENTRO 48 H EVENTO | ENTRO 24 H EVENTO |
| PIENA RIPRESA FUNZIONALITA' | ENTRO 72 H EVENTO | ENTRO 48 H EVENTO |

Relativamente ai tempi massimi di liquidazione dei rimborsi, si precisa che i 20 giorni di calendario decorrono dalla data di arrivo della richiesta di rimborso in Previmedical (data protocollo) alla data di liquidazione (chiusura pratica) della stessa. I tempi bancari si intendono esclusi. Il termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

I 20 giorni si intendono elevati a 40 giorni limitatamente alle pratiche complesse come ricoveri o cicli di cura e dove sia presente la cartella clinica, per le quali le stesse risultino in consulenza medica.

PENALI

Al fine di garantire un collegamento diretto tra qualità del servizio messa a disposizione e costo delle coperture, Intesa Sanpaolo RBM Salute ha ritenuto di proporre l'inserimento di una penale a presidio dei livelli di servizio relativi sia ai rimborsi che alle prese in carico dirette, contenuti nella tabella che precede.

Pertanto, sono state introdotte le seguenti penali in favore dell'Assicurato come di seguito indicato:

A) Gestione dei rimborsi:

- Prestazioni ospedaliere: 0,025% dell'ammontare del rimborso spettante per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per la liquidazione delle pratiche (20 giorni di calendario salvo il caso di consulenza medica). Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assicurato.
- Prestazioni extraospedaliere: a 0,05% dell'ammontare del rimborso spettante per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per la liquidazione delle pratiche (20 giorni di calendario). Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assicurato.

Nota Bene: Il rimborso si intende concluso nel giorno della data liquidazione da parte della Compagnia (data chiusura pratica). I tempi bancari per l'accredito dell'importo rimborsato non rientrano nel livello di servizio garantito dalla Compagnia. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

B) Gestione delle prese in carico dirette:

- Prestazioni ospedaliere: 0,025% dell'ammontare del pagamento diretto **per ogni ora di ritardo** successiva al tempo massimo previsto per l'esito della valutazione all'Assicurato della presa in carico da parte della Centrale operativa (**tempo massimo previsto 48 ore**). Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società, con distinta evidenza per l'Assicurato.
- Prestazioni extraospedaliere:

A) 0,10% dell'ammontare del pagamento diretto fino a € 1.000

B) 0,07% dell'ammontare del pagamento diretto compreso tra € 1.000 e € 5.000

C) 0,05% dell'ammontare del pagamento diretto oltre € 5.000

per ogni ora di ritardo successiva al tempo massimo previsto per l'esito della valutazione all'Assicurato della presa in carico da parte della Centrale operativa (**tempo massimo previsto 48 ore**). Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società, con distinta evidenza per l'Assicurato.

Nota Bene: Le predette penali non troveranno applicazione qualora l'Assicurato non abbia fornito entro 48 ore dall'appuntamento tutta la documentazione necessaria richiesta dalla Centrale Operativa. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

Si precisa inoltre che il predetto sistema di penali troverà immediata applicazione a decorrere dal primo giorno di rinnovata copertura.

Esempi applicazione penali in caso di dirette:

ESEMPIO OSPEDALIERE:

Caso1:

Data esito della valutazione della presa in carico: 48 ore prima della data dell'appuntamento

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 9.000,00;

Penale in favore dell'Assicurato: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto il riscontro è avvenuto entro il tempo massimo previsto (48 ore).

Caso2:

Data esito della valutazione della presa in carico: 44 ore prima della data dell'appuntamento

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 9.000,00;

Penale in favore dell'Assicurato: nonostante l'esito risulti con 4 ore di ritardo rispetto al tempo massimo previsto, non sarà riconosciuta alcuna penale essendo la stessa pari a € 9 complessivi e pertanto inferiore ad € 10,00.

Caso3:

Data esito della valutazione della presa in carico: 12 ore prima della data dell'appuntamento

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 9.000,00;

Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 81,00 in quanto l'esito della valutazione risulta con 36 ore di ritardo rispetto al tempo massimo previsto.

ESEMPIO EXTRAOSPEDALIERE su importi inferiori a € 1.000:

Caso1:

Data esito della valutazione della presa in carico: 48 ore prima della data dell'appuntamento

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 350,00;

Penale in favore dell'Assicurato: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto il riscontro è avvenuto entro il tempo massimo previsto (48 ore).

Caso2:

Data esito della valutazione della presa in carico: 44 ore prima della data dell'appuntamento

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 350,00;

Penale in favore dell'Assicurato: nonostante l'esito risulti con 4 ore di ritardo rispetto al tempo massimo previsto, non sarà riconosciuta alcuna penale essendo la stessa pari a € 1,40 complessivi e pertanto inferiore ad € 10,00.

Caso 3:

Data esito della valutazione della presa in carico: 12 ore prima della data dell'appuntamento

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 350,00;

Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 12,60 in quanto l'esito della valutazione risulta con 36 ore di ritardo rispetto al tempo massimo previsto.

Sezione III

Capitolo 1 - ComfortSalute®



Art. 28. Servizi - (validità territoriale Italia)

1) Servizio di Consulenza Medica, Informazioni Sanitarie e Ricerca degli Istituti di Cura

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**. Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assicurato, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assicurato.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Art. 29. Servizio di guardia medica permanente

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assicurato per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

Art. 30. Gestione appuntamento

Qualora l'Assicurato necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e richiedere alla Centrale Operativa un

appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assicurato, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'Assicurato usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

Art. 31. Second opinion

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

Art. 32. Servizio "SEGUI LA TUA PRATICA"

E' a disposizione il servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", che **garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.**

L'Assicurato dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso; in questo modo, riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione.

A seguito dell'attivazione del servizio, l'Assicurato riceverà una notifica a seguito delle seguenti attività:

- a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- c) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- d) eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Art. 33. Applicazione di tariffe agevolate in caso di prestazioni non previste dal livello di copertura e/o di massimali esauriti

Previmedical mette a disposizione degli Assicurati di CASPOP il servizio di accesso a tariffe agevolate al

network sanitario, reso disponibile da Previmedical per:

Prestazioni assicurate:

- a) per beneficiare di una tariffa agevolata relativa alle prestazioni per le quali verrà erogato il rimborso da parte della Cassa;
 - b) per poter continuare ad usufruire delle prestazioni assicurate anche qualora il massimale sia esaurito
- Prestazioni NON assicurabili:

- a) per ottenere l'applicazione di tariffe scontate in relazione a prestazioni non assicurabili dalla Cassa (a titolo esemplificativo Chirurgia estetica etc)

In particolare il servizio prevede:

- riconoscimento dell'avente diritto tramite esibizione della Card nominativa di riconoscimento;
- l'accesso a tariffe agevolate per visite specialistiche ed esami diagnostici;
- l'accesso a tariffe agevolate per ricoveri/day hospital. Le tariffe agevolate saranno usufruibili in relazione ai servizi di degenza («alberghieri») con esclusione dei costi relativi all'equipe medica;

Nel sito web di Previmedical sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

Art. 34. Consultazione ON LINE - HOME INSURANCE

Qualora l'Assicurato disponga di un accesso ad Internet potrà usufruire delle seguenti funzionalità.

Area riservata – Condizioni di assicurazione

Accedendo al sito www.welfare.bancopopolare.it (AREA ISCRITTO) l'Assicurato potrà visualizzare le presenti Condizioni di Assicurazione accedendo alla "Area riservata – Condizioni di assicurazione" presente nella sezione "Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi", inserendo le medesime credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri.

Area riservata – Sinistri

Accedendo al sito www.welfare.bancopopolare.it (AREA ISCRITTO) l'Assicurato può effettuare la preattivazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta o inoltrare le proprie richieste di rimborso **con modalità telematiche accedendo alla "Area Riservata Sinistri"** presente nella sezione "Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi".

L'Assicurato potrà anche:

- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto;
- ricercare le strutture convenzionate con il Network;
- consultare on line lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

Sarà sufficiente accedere con le proprie credenziali (login e password) ricevute dalla Società; le medesime credenziali potranno essere utilizzate anche per accedere all'Area riservata - Condizioni di assicurazione.

App mobile

L'Assicurato può accedere a "Citrus®", App mobile resa disponibile dalla Società per accedere alle seguenti funzioni:

- visualizzazione e modifica dei dati anagrafici e di contatto;
- visualizzazione dei recapiti utili per contattare la Centrale Operativa;
- ricerca delle strutture convenzionate con il Network;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- pre-attivazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta.

L'Assicurato già registrato nell'Area Riservata – Sinistri utilizzerà le medesime credenziali (login e password) per accedere ai servizi tramite APP Mobile. In caso contrario, dovrà registrarsi all'Area Riservata.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.
Marco Vecchietti
Amministratore Delegato e Direttore Generale



Ai sensi e per gli effetti dell' art. 1341 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei sottoindicati articoli:

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 11 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

Art. 12 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

Art. 14 - Forma delle comunicazioni

Art. 19 - Foro competente

Art. 26 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Allegato 1: Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

| Opzione | Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie |
|---|---|
| PRESTAZIONI OSPEDALIERE | |
| A) Ricovero con/senza intervento, Day Hospital, intervento ambulatoriale, Interventi chirurgici Odontoiatrici Massimale Massimale Grandi Interventi Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - diretta <ul style="list-style-type: none"> • Strutture ordinarie • Strutture "TOP" (allegato 3) • Ospedale San Raffaele - rimborso <ul style="list-style-type: none"> • Strutture ordinarie • Strutture "TOP" (allegato 3) • Ospedale San Raffaele - ticket | € 200.000,00 raddoppio del massimale Ricoveri scoperto 5% scoperto 30% scoperto 25% scoperto 20% minimo € 600,00 scoperto 30% minimo € 600,00 scoperto 25% minimo € 600,00 al 100% |
| Limite retta di degenza - diretta - rimborso | al 100% limite € 360,00 al giorno |
| Accompagnatore - diretta - rimborso | escluso per DH al 100% € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni |
| Assistenza infermieristica privata individuale | escluso per DH, Int. Ambulatoriale, Parto/Aborto € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni |
| Pre/post (*) | 100 / 100 giorni (in caso di Trapianto 180 / 180 giorni) Post escluse per DH senza intervento |
| Trasporto sanitario | escluso per DH senza intervento - € 1.500 per ricovero |
| Sub massimali (*) - Interventi Ambulatoriali - Correzione Miopia - Parto Cesareo - Parto Naturale ed Aborto terapeutico - Interventi particolari <ul style="list-style-type: none"> - diretta - rimborso <ul style="list-style-type: none"> • Colecistectomia • Meniscectomia/legamenti crociati • Rimozione mezzi di sintesi • Intervento alla spalla • Ernia inguinale • Emorroidi • Adenotonsillectomia • Cataratta | € 2.600,00 (non sono previsti scoperti/franchigie) € 1.200,00 per occhio € 7.000,00 € 4.000,00 come previsto al punto A) Ricoveri come previsto al punto A) Ricoveri <u>con i seguenti sottolimiti:</u> € 6.300,00 € 7.500,00 € 6.300,00 € 6.300,00 € 4.500,00 € 4.500,00 € 4.500,00 € 2.500,00 |

| | |
|---|---|
| Rimpatrio Salma | entro il massimale A - Ricoveri |
| Indennità sostitutiva Pre/post | € 70,00 al giorno massimo 180 giorni Anno/Persona in alternativa all'indennità: 100 / 100 giorni |
| PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE | |
| B) Alta Specializzazione Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket | € 7.000,00 franchigia fissa € 35,00 per prestazione/fattura scoperto 30% minimo € 60,00 per patologia o infortunio al 100% |
| C) Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, cure e terapie 1) Visite Specialistiche / Accertamenti Diagnostici Massimale Condizioni: - diretta - rimborso Ticket | visite omeopatiche ed i cicli di terapia omeopatica (compresi i medicinali) <i>SOLO in forma rimborsuale</i> entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 35,00 per prestazione/fattura scoperto 30% minimo € 60,00 per fattura (minimo applicato una sola volta per i cicli di terapia omeopatica relativi ad una medesima patologia/infortunio) al 100% |
| D) Medicinali Massimale Condizioni: | entro il massimale di B-Alta Specializzazione franchigia fissa € 18,00 per confezione |
| E) Cure oncologiche Massimale Condizioni: | € 30.000,00 al 100% |
| F) Agopuntura Massimale Condizioni: | <i>SOLO in forma rimborsuale</i> entro il massimale di B-Alta Specializzazione scoperto 20% minimo € 60,00 per fattura |
| G) Amniocentesi e Villocentesi Massimale Condizioni: | entro il massimale di B-Alta Specializzazione come garanzia B-Alta Specializzazione |
| H) Lenti/ montature Massimale Condizioni: | € 250,00 franchigia € 25,00 per fattura |
| I) Protesi ortopediche/acustiche Massimale Condizioni: | € 2.000,00 scoperto 20% minimo € 100,00 per fattura |
| J) Prestazioni di Pronto Soccorso Massimale Condizioni: | € 1.000,00 al 100% |
| K) Psicomotricità Massimale Condizioni: | € 500,00 al 100% |
| L) Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi Massimale | sub-massimale € 1.500,00 entro il massimale di B-Alta Specializzazione |

| | | |
|--|-------------------------|--|
| Condizioni: | - diretta - rimborso | scoperto 10% minimo € 50,00 per ciclo di cure scoperto 30% minimo € 150,00 per ciclo di cure al 100% |
| Ticket | | |
| M) Cure dentarie da Infortunio | | |
| Massimale | | entro il massimale di B-Alta Specializzazione |
| Condizioni: | | come garanzia B-Alta Specializzazione |
| N) Cure dentarie da Malattia (solo otturazione) | | |
| Massimale | | € 200,00 |
| Condizioni: | | al 100% |
| COMFORTSALUTE® | | Previsto |

(*): le condizioni di ricovero si applicano anche alle prestazioni con sub massimali, salvo quanto espressamente indicato. Per l'intervento ambulatoriale le spese pre/post verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti/franchigie nei limiti previsti.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**NEUROCHIRURGIA**

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare e del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale



- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicoclectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALLEGATO 3: Lista delle Strutture “TOP”**ROMA**

Casa di Cura Villa Flaminia (nuova ragione sociale Ars Biomedica Progetto Salute)

Casa di Cura Paideia S.p.A.

Casa di Cura Mater Dei S.p.A.

Casa di Cura Quisisana

Casa di Cura Villa Stuart

Rome American Hospital

MILANO

Ospedale San Raffaele

Casa di Cura La Madonnina

TORINO

Clinica Santa Caterina

ALLEGATO 4: 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") E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il Regolamento sulla "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (di seguito il "Regolamento") contiene una serie di norme dirette a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone. La presente Informativa ne recepisce le previsioni.

SEZIONE 1 - IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., con sede legale in Via A. Lazzari n.5, 30174 Venezia – Mestre (VE), in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche la "Società" o il "Titolare") tratta i Suoi dati personali (di seguito i "Dati Personali") per le finalità indicate nella Sezione 3. Per ulteriori informazioni può visitare il sito Internet di Intesa Sanpaolo RBM Salute www.intesasnpaolorbmsalute.com e, in particolare, la sezione "Privacy" con tutte le informazioni concernenti l'utilizzo ed il trattamento dei Dati Personali.

SEZIONE 2 - DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Intesa Sanpaolo RBM Salute ha nominato il "responsabile della protezione dei dati" previsto dal Regolamento (c.d. "Data Protection Officer" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nella Sezione 7 della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo e-mail: privacy@intesasnpaolorbmsalute.com

SEZIONE 3 - CATEGORIE DEI DATI PERSONALI, FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Categorie di Dati Personali

I Dati Personali che la Società tratta sono dati anagrafici, dati di contatto, dati relativi al nucleo familiare, dati di polizza, dati relativi ad eventuali sinistri che La riguardano, dati bancari per la liquidazione dei sinistri, altri dati personali da Lei forniti, nonché dati classificati dall'art. 9.1 del Regolamento come "categorie particolari", quali:

- a) dati relativi allo stato di salute;
- b) dati riportati in prescrizioni e referti medici, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici;
- c) dati relativi alle prestazioni assicurative effettuate a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Inoltre, nell'ambito della gestione di eventuali reclami e contenziosi, potranno essere trattati dati multimediali (es. registrazioni delle telefonate intercorse).

Finalità e base giuridica del trattamento

I Dati Personali che La riguardano, da Lei comunicati alla Società o raccolti presso soggetti terzi¹ (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalla Società nell'ambito della sua attività per le seguenti finalità:

¹ Ad esempio, intermediari assicurativi, contraenti di polizze collettive o individuali in cui lei risulti assicurato, eventuali coobbligati, altri operatori assicurativi (quali agenti, mediatori di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura assicurativa, di liquidazione di un sinistro, di trasferimento della posizione

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasnpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 160.000.000 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

a) Erogazione di servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per fornirLe i servizi e/o prodotti previsti dagli eventuali contratti assicurativi di cui è parte o da misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (tra cui lavorazione delle richieste di rimborso delle prestazioni effettuate, accertamenti amministrativi e controlli sanitari, liquidazione delle pratiche sanitarie indirette e in convenzione diretta).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

In relazione a tale finalità, il trattamento di dati particolari (tra cui dati idonei a rilevare le Sue condizioni di salute e dati relativi alla prestazione sanitaria ricevuta) potrà essere effettuato solo con il suo consenso, il cui rifiuto può comportare l'impossibilità per la Società di adempiere a quanto richiesto (art. 6.1 lett. a) del Regolamento).

b) Comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra l'Interessato e il Titolare e avvisi

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per favorire l'eventuale invio di avvisi e comunicazioni tra Lei ed il Titolare, sempre nell'ambito dell'esecuzione di eventuali contratti assicurativi. Il conferimento di tali dati (es. indirizzo di posta elettronica o numero di telefono) sarà facoltativo.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

c) Erogazione di servizi online o direttamente tramite App

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per consentirLe la registrazione all' "Area riservata" del sito internet del Titolare e/o l'accesso direttamente tramite le App per dispositivi mobili (FeelUp e Citrus). Tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite (anche tramite notifiche push, qualora attivate, potranno essere inviate informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, estratti conto dei sinistri).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite Area riservata o App dal suo smartphone nell'ambito dell'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

d) Adempimento agli obblighi di legge connessi all'esecuzione dei contratti assicurativi

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione di contratti assicurativi di cui Lei sia parte, tra cui prescrizioni della normativa antiterrorismo, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi, per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di vigilanza e controllo (ad esempio la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per l'intero corso di vita dello stesso) oppure, infine, per la verifica della conformità aziendale a leggi e regolamenti nazionali e sovranazionali.

I suoi dati potranno inoltre essere trattati per la gestione di eventuali reclami (ricezione del reclamo, trattazione, registrazione all'interno di apposito Registro, predisposizione della risposta ed invio della stessa).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per adempiere ad obblighi di legge.

e) Estensione della polizza assicurativa a favore di altri Assicurati

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati e quelli di suoi familiari verranno trattati al fine estendere la copertura assicurativa a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto.

In tale contesto potrebbe essere richiesto il conferimento di categorie particolari di dati (dati idonei a rivelare lo stato di salute, referti medici, ecc.) relativi a Lei o a Suoi familiari. Tale conferimento è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma i dati forniti potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

f) Sviluppo del Business e gestione del rischio assicurativo della Società

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per sviluppare il Business e gestire il rischio della Società. I suoi dati potranno altresì essere trasmessi all'interno del Gruppo imprenditoriale per finalità amministrative. Inoltre, il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario al fine di:

- gestire eventuali contenziosi;
- perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi, tra cui la verifica dei reclami su base statistica e la registrazione delle telefonate con Lei intercorse. In quest'ultimo caso la Società potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati è effettuato in base al legittimo interesse del Titolare (art. 6.1 lett. f) del Regolamento.

SEZIONE 4 - CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I SUOI DATI PERSONALI POTRANNO ESSERE COMUNICATI

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari:

a) Società appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo.

b) Soggetti Terzi (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio:

- Previmedical S.p.A.;
- Società di mutuo soccorso;
- Compagnie di assicurazione e Broker;
- Società che svolgono servizi di revisione contabile e certificazione di bilancio;
- Uffici legali, nel caso della gestione di reclami e contenziosi;
- Fondi o casse sanitarie;
- Strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari;
- Società che svolgono servizi di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta;
- Società cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;
- Società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi o altri servizi di natura tecnico/organizzativa);
- Istituti bancari

c) 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); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAL, 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.

Le Società ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari

del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso o 4) incaricati da parte del Titolare come soggetti autorizzati al trattamento di tali dati.

Il Titolare del Trattamento si impegna ad affidarsi esclusivamente a soggetti che prestino garanzie adeguate circa la protezione dei dati, e provvederà a nominarli Responsabili del Trattamento ex art. 28 del Regolamento.

SEZIONE 5 - TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE FUORI DALL'UNIONE EUROPEA

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.

Se necessario, per ragioni di natura tecnica od operativa, la Società si riserva di trasferire i Suoi Dati Personali verso paesi al di fuori dell'Unione Europea per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, ovvero sulla base delle adeguate garanzie oppure delle specifiche deroghe previste dal Regolamento.

SEZIONE 6 - MODALITÀ DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei Suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I Suoi Dati Personali sono conservati, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui lei è parte; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto nel caso in cui a esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione definitivo. I Dati Personali potranno, altresì, essere trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti del Titolare i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto all'indirizzo email privacy@intesasnpaolorbmsalute.com. Con le stesse modalità Lei potrà revocare in qualsiasi momento i consensi espressi con la presente Informativa.

Le eventuali comunicazioni e le azioni intraprese dalla Società, a fronte dell'esercizio dei diritti di seguito elencati, saranno effettuate gratuitamente. Tuttavia, se le Sue richieste sono manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, la Società potrà addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste.

1. Diritto di accesso

Lei potrà ottenere dalla Società la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi Dati Personali e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Dati Personali ed alle informazioni previste dall'art. 15 del Regolamento, tra le quali, a titolo esemplificativo: le finalità del trattamento, le categorie di Dati Personali trattati etc.

Qualora i Dati Personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale, Lei ha il diritto di essere informato dell'esistenza di garanzie adeguate relative al trasferimento. Se richiesto, la Società Le potrà fornire una copia dei Dati Personali oggetto di trattamento. Per le eventuali ulteriori copie la Società potrà addebitarle un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se la richiesta in questione è presentata mediante mezzi elettronici, e salvo diversa indicazione, le informazioni Le verranno fornite dalla Società in un formato elettronico di uso comune.

2. Diritto di rettifica

Lei potrà ottenere dalla Società la rettifica dei Suoi Dati Personali che risultano inesatti come pure, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione degli stessi, qualora risultino incompleti, fornendo una dichiarazione integrativa.

3. Diritto di cancellazione

Lei potrà ottenere dal Titolare la cancellazione dei Suoi Dati Personali, se sussiste uno dei motivi previsti dall'art. 17 del Regolamento, tra cui, a titolo esemplificativo, qualora i Dati Personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati o qualora il consenso su cui si basa il

trattamento dei Suoi Dati Personali è stato da Lei revocato e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento.

La informiamo che la Società non potrà procedere alla cancellazione dei Suoi Dati Personali: qualora il loro trattamento sia necessario, ad esempio, per l'adempimento di un obbligo di legge, per motivi di interesse pubblico, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

4. Diritto di limitazione di trattamento

Lei potrà ottenere la limitazione del trattamento dei Suoi Dati Personali qualora ricorra una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Regolamento, tra le quali, ad esempio: a fronte di una Sua contestazione circa l'esattezza dei Suoi Dati Personali oggetto di trattamento o qualora i Suoi Dati Personali le siano necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento.

5. Diritto alla portabilità dei dati

Qualora il trattamento dei Suoi Dati Personali si basi sul consenso o sia necessario per l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati, Lei potrà:

- richiedere di ricevere i Dati Personali da Lei forniti in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (esempio: computer e/o tablet);
- trasmettere i Suoi Dati Personali ricevuti ad un altro soggetto Titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Società.

Potrà inoltre richiedere che i Suoi Dati Personali vengano trasmessi dalla Società direttamente ad un altro soggetto titolare del trattamento da Lei indicato, se ciò sia tecnicamente fattibile per la Società. In questo caso, sarà Sua cura fornirci tutti gli estremi esatti del nuovo titolare del trattamento a cui intenda trasferire i Suoi Dati Personali, fornendoci apposita autorizzazione scritta.

6. Diritto di opposizione

Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi Dati Personali qualora il trattamento venga effettuato per l'esecuzione di un'attività di interesse pubblico o per il perseguimento di un interesse legittimo del Titolare (compresa l'attività di profilazione).

Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione qui descritto, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali, a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto.

7. Diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali

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

SEZIONE 8 – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

In relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali (tra cui dati relativi allo stato di salute e alla prestazione sanitaria ricevuta), utilizzati esclusivamente per l'attività assicurativa e liquidativa che la riguarda (es. lavorazione delle richieste di rimborso dei controlli sanitari effettuati), è richiesta una manifestazione esplicita di consenso, fatti salvi gli specifici casi previsti dal Regolamento che consentono il trattamento di tali Dati Personali anche in assenza di consenso.

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
Tel.+39 041 2518798
info@intesasampaolorbmsalute.com
comunicazioni@pec.intesasampaolorbmsalute.com

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Capitale Sociale € 160.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F. e n. Iscrizione Registro Imprese di Treviso-Belluno 05796440963, Partita Iva 11991500015, Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).