

**NOMENCLATORE DEL
PIANO SANITARIO**

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

**PIANO SANITARIO
ON SALUTE 3.0**

OPZIONE COMFORT GOLD

PREVISALUTE

Fondo Sanitario Aperto

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - P.I. 9415001026

PREMESSA

Il presente documento contiene la descrizione dettagliata delle prestazioni riconosciute dal Piano sanitario Previsalute 2021 e la relativa disciplina (quale, a titolo esemplificativo, condizioni e ambito di operatività, decorrenza, contribuzioni, esclusioni/limitazioni e modalità di erogazione delle prestazioni).

Il presente piano sanitario è prestato unitamente a quello previsto dal Piano sanitario Cassa Salute Bis 2021 per la medesima opzione.

INDICE

❖ GLOSSARIO	pag.4
❖ CAPITOLO 1 – CONDIZIONI DEL PIANO SANITARIO	pag.11
❖ CAPITOLO 2 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	pag.15
❖ CAPITOLO 3 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI	pag.28
❖ CAPITOLO 4 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	pag.31
❖ COMFORT SALUTE ®	pag.43
❖ Allegato I SCHEDE RIASSUNTIVE	pag.45

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante e sostanziale del presente documento. Ove non diversamente stabilito, i termini e le definizioni di seguito elencati, contraddistinti con lettera iniziale maiuscola, hanno il significato a ciascuno di essi attribuito in questo Glossario.

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

Anagrafica: file digitale contenente il censimento degli Assistiti.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assistito

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

L'Assistito viene tenuto indenne dal pagamento delle prestazioni usufruite presso il Network nei limiti delle somme indicate nel presente Nomenclatore. Eventuali importi ulteriori (es. scoperti, franchigie) restano invece a suo carico e devono essere pagati direttamente alle strutture del Network.

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

Assistito o Beneficiario delle prestazioni: i beneficiari del Piano sanitario Previsalute 2021, ossia persone fisiche aderenti a Previsalute e relativo Nucleo familiare. Tutti gli Assistiti devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale.

Associato: persone fisiche con domicilio in Italia, associate alla Società di Mutuo Soccorso.

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

Centrale operativa: struttura individuata per:

- fornire informazioni relative alle prestazioni e al Network
- autorizzare le prestazioni in forma diretta.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero,

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

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

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

Contributo: la somma che l'Associato deve versare alla Società di Mutuo Soccorso.

Day Hospital/Day Surgery: Ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

Evento e Data Evento:

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo Ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo Intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni a esso correlate (pre e post).

N.B.: in presenza di due o più Cartelle cliniche, anche se relative a un Ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli Eventi sono due o più e considerati distinti.

Data Evento: data del Ricovero

- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.

Data Evento: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico Evento.

- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.

Data Evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico Evento.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assistito. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Evento.

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a Ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico dell'Assistito, durante il ricovero.

Indennizzo: la prestazione che Previsalute riconosce all'Assistito in caso di Evento previsto dal presente Piano sanitario. Tale prestazione può consistere nella presa in carico delle spese relative alle prestazioni fruite dall'Assistito in Network, nel rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per le prestazioni previste dal presente Piano sanitario o nella corresponsione di una indennità nei casi previsti dal presente Piano sanitario.

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

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

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

Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.

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

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

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

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

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

Non sono Istituto di cura:

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

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

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

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

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9ª revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS¹).

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno di durata del Piano sanitario e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

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

Modulo di adesione al Piano sanitario: modulo consegnato all'Associato al momento dell'adesione al Piano sanitario.

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 e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di durata del Piano sanitario. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.onsalute.it o nell'App mobile.

Nomenclatore: il presente documento.

¹ Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

Nucleo familiare: titolare, il coniuge o convivente more uxorio o la persona unita civilmente², i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati purché fiscalmente a carico.

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

Parti: l'Associato e Previsalute.

Piano sanitario: complesso delle prestazioni che Previsalute si impegna ad erogare all'Assistito a fronte del pagamento del relativo Contributo da parte dell'Associato.

Polizza: convenzione assicurativa collettiva stipulata tra Previsalute e Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. che prevede l'erogazione delle prestazioni previste nel presente Piano sanitario.

Regime rimborsuale: regime per cui si prevede il Rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dal presente Piano sanitario.

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera). N.B.: in presenza di due o più Cartelle cliniche, anche se relative ad un Ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli Eventi sono due o più e considerati distinti.

Ricovero improprio: la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento durante la quale sono praticati accertamenti diagnostici e/o terapie comunemente effettuabili in regime ambulatoriale.

Rimborso: la somma dovuta in caso di Sinistro coperto dal presente Piano sanitario, a fronte di spese sostenute dall'Assistito e previste dal Nomenclatore.

Robot: manipolatore multifunzionale riprogrammabile, progettato per muovere strumenti chirurgici, dispositivi specialistici, materiali o parti anatomiche, sotto il diretto controllo del chirurgo operatore, per l'esecuzione di interventi micro chirurgici o di chirurgia mini invasiva.

² Legge 76/2016, c.d. legge Cirinnà, che istituisce e regola le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto tra etero e omosessuali.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assistito. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Evento.

Servizio Sanitario Nazionale (SSN): sistema pubblico composto da Ministero della Salute, Enti e istituzioni di livello nazionale (Consiglio Superiore di Sanità, Istituto Superiore di Sanità, Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Istituti Zooprofilattici Sperimentali, Agenzia italiana del farmaco) e servizi sanitari regionali (che comprendono le Regioni e le Province autonome, le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere).

Sinistro: Evento dannoso cui si riferiscono le prestazioni previste dal Piano sanitario.

Società di Mutuo Soccorso: PREVISALUTE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO, Via Forlanini 24 - 31022 Borgo Verde - Preganziol - (TV) P.I. 9415001026, avente esclusivamente finalità assistenziale ai sensi dell'art. 51, comma 2, lett. a) del D.P.R. 917/1986, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, tipologia B.

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

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno di durata del Piano sanitario e per singola garanzia, nell'ambito del Massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Per Ricoveri con Intervento chirurgico il Sub-massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e dell'Associato (es. email).

Titolare: la persona fisica che, sottoscrivendo un piano sanitario con Previsalute, acquisisce lo stato di Assistito nell'ambito della Polizza. Se, in sede di sottoscrizione del piano, il Titolare decide di estenderne gli effetti ai componenti del suo Nucleo familiare, anch'essi acquisiscono lo stato di Assicurati nell'ambito della Polizza.

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili come dal presente Piano sanitario.

Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da:

- medico specialista

- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dal Piano sanitario, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento.

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale e, quindi, non di Medicina Alternativa o Complementare.

CAPITOLO 1 - CONDIZIONI DEL PIANO SANITARIO

Art. 1. Oggetto delle prestazioni riconosciute dal Piano sanitario

La Società di Mutuo Soccorso riconosce le spese sostenute dall'Assistito, riconducibili a Malattia o Infortunio con riferimento alle prestazioni rientranti nel presente Piano sanitario.

I Massimali e il numero di prestazioni previste variano a seconda dell'opzione del Piano sanitario scelta.

Massimali, limiti, Franchigie, Scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati in questo Nomenclatore, nella spiegazione delle singole prestazioni e nell'allegato 1 "Schede riassuntive" differenziate per opzione.

Art. 2. Modalità di erogazione delle prestazioni

L'erogazione delle prestazioni previste dal Piano sanitario e dettagliate nel presente documento è resa possibile e garantita da una convenzione assicurativa/polizza collettiva stipulata dalla Società di Mutuo Soccorso con la Compagnia.

Con l'adesione al Piano sanitario, ciascun Assistito acquisisce lo status di "Assistito" rispetto a tale Polizza, ricevendo quindi le corrispondenti prestazioni direttamente dalla Compagnia, secondo quanto previsto dalle relative condizioni di assicurazione.

L'Assistito è quindi consapevole del fatto che la Società di Mutuo Soccorso potrà opporre tutte le eccezioni e le limitazioni opponibili dalla Compagnia nell'esecuzione della Polizza.

Art. 3. Carenza contrattuale

Sono previsti periodi di carenza, cioè periodi nei quali non è attivo il Piano sanitario e pertanto non possono essere rimborsate e/o autorizzate le spese sostenute.

Il Piano sanitario decorre:

- per le prestazioni da infortunio, di prevenzione e per l'aborto terapeutico o spontaneo (soltanto se la gravidanza è iniziata successivamente alla data di effetto della copertura) dalla data di decorrenza (art. 4.1);
- per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia, dal **30°** giorno successivo alla data decorrenza (art. 4.1);
- per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia, dal **90°** giorno successivo alla data di decorrenza (art. 4.1);
- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal **271° giorno successivo** alla data di decorrenza (art. 4.1);

Qualora il Piano Sanitario sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità di altro Piano Sanitario, stipulato con altro Ente o Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assistito e le stesse garanzie, i termini di carenza sopra riportati operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la copertura sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente Piano Sanitario limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Quanto suddetto vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto. In caso di mancato pagamento di una rata di premio entro i termini previsti, sono applicati nuovamente i termini di carenza previsti dal Piano Sanitario.

In questo caso al momento del sinistro deve essere fornita copia del contratto precedente. In caso contrario, quindi in assenza di contratto, verranno applicate le carenze sopra indicate.

Art. 4. Decorrenza del Piano sanitario – Pagamento del Contributo – Tacito rinnovo e disdetta

4.1 Decorrenza

Salvo quanto stabilito dall'art. 3 "Carenza Contrattuale" Il Piano sanitario ha effetto:

- dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo a quello di sottoscrizione del Piano Sanitario, salvo buon fine (SBF) dell'incasso o della rata di premio;
- dalla nascita, per i figli legittimi, purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché il piano sia già attivo e corrisposto il Contributo per Nucleo familiare. A tale copertura si applica, per le prestazioni da malattia, l'eventuale periodo residuo di aspettativa della madre.

La scadenza dell'adesione al Piano Sanitario è al 31/12 dell'anno di adesione e così per le successive annualità.

4.2 Contributo

Il Contributo è sempre determinato per periodi di durata del Piano sanitario di un anno.

Posto che la scadenza del Piano sanitario è prevista al 31/12, il pagamento del Contributo annuo è determinato in base ai mesi effettivi di copertura.

L'ammontare del Contributo varia:

- a seconda della scelta effettuata dal Titolare in merito alle opzioni e ai soggetti da inserire nel Piano sanitario (il solo Titolare oppure anche il suo Nucleo familiare);
- a seconda dell'età di ingresso e di permanenza in copertura del Titolare.

Pur essendo annuo e indivisibile, il Contributo deve essere versato in anticipo o in alternativa in rate mensili, come riportato sul Modulo di adesione al Piano sanitario. È versato dall'Associato alla Società di Mutuo Soccorso con addebito su c/c.

OPZIONE COMFORT GOLD	CONTRIBUTO ANNUO	CONTRIBUTO MENSILE
ETA' INGRESSO FINO A 75 ANNI:		
A) PERMANENZA FINO A 80 ANNI		
PREMIO ANNO/PERSONA	954,00	79,50
PREMIO ANNO/NUCLEO DI 2 PERSONE	1.818,00	151,50
PREMIO ANNO/NUCLEO + DI 2 PERSONE	2.202,00	183,50
B) PERMANENZA DA 81 ANNI FINO A 95 ANNI		
PREMIO ANNO/PERSONA	1.728,00	144,00
PREMIO ANNO/NUCLEO DI 2 PERSONE	3.276,00	273,00
PREMIO ANNO/NUCLEO + DI 2 PERSONE	4.146,00	345,50
ETA' INGRESSO 76 - 94 ANNI e PERMANENZA FINO A 95 ANNI		
PREMIO ANNO/PERSONA	2.616,00	218,00
PREMIO ANNO/NUCLEO DI 2 PERSONE	4.980,00	415,00
PREMIO ANNO/NUCLEO + DI 2 PERSONE	6.030,00	502,50

4.3 Tacito rinnovo e disdetta

Per quanto concerne il tacito rinnovo si rinvia a quanto previsto dalle relative condizioni di assicurazione.

Art. 5. Anagrafica

L'Associato in fase di adesione al Piano Sanitario comunica alla Società di Mutuo Soccorso i suoi dati anagrafici per poter procedere alla sottoscrizione.

Art. 6. Variazione dei Beneficiari delle prestazioni – Regolazione del Contributo

6.1 Inclusione di Familiari in corso d'anno

L'inclusione in corso d'anno è consentita solo per i neonati, se corrisposto il Contributo per il Nucleo familiare.

Tale inclusioni devono essere comunicate **entro 30 giorni** dalla nascita. La copertura opera dalla data della nascita.

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza del presente Piano Sanitario non è consentita. Nel caso di variazione della composizione del nucleo familiare (es. matrimonio, convivenza more uxorio), la copertura opera nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01.01 dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la variazione. La comunicazione deve pervenire a Previsalute entro il termine previsto per la disdetta, ovvero prima dei 60 giorni dalla scadenza della copertura.

6.2 Esclusioni di Assistiti in corso d'anno

Se un beneficiario del Piano perde in corso d'anno i requisiti per mantenere la qualifica di Assistito (es. figlio non più a carico del genitore; divorzio dal Titolare), il Piano sanitario opera nei suoi confronti fino alla prima scadenza annuale. Tale comunicazione dovrà pervenire alla Società di Mutuo Soccorso tramite raccomandata o mezzi equivalenti prima dei 60 giorni previsti per la disdetta del Piano Sanitario.

6.3 Categorie beneficiarie del Piano sanitario

Assumono la qualifica di Beneficiari delle prestazioni le persone fisiche aderenti alla Società di Mutuo Soccorso e relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare a fronte del versamento di un Contributo aggiuntivo.

Art. 7. Estensione Territoriale

Il Piano sanitario vale in tutto il mondo.

Art. 8. Obblighi di consegna dei documenti da parte dell'Associato all'Assistito

La Società di Mutuo Soccorso deve consegnare all'Assistito:

- a) il Nomenclatore delle prestazioni
- b) l'informativa privacy allegata al presente documento (allegato privacy)
- c) Statuto e Regolamento di Previsalute, disponibili nel sito www.previsalute.it, sezione "documenti".

CAPITOLO 2 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Nel seguito si riporta la descrizione delle singole prestazioni previste dal Piano sanitario a seconda dell'opzione scelta, dando evidenza (insieme a quanto previsto nell'allegato 1 "Schede riassuntive") dei **Massimali, limiti, Franchigie, Scoperti, esclusioni e condizioni specifiche.**

L'Associato può scegliere fra sette opzioni:

- Easy Green;
- Easy Green Plus;
- Comfort Gold;
- Comfort Gold Plus;
- Evolution Black;
- Evolution Black Plus;
- White up.

Si riporta di seguito quanto previsto per l'opzione Comfort Gold.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni del Piano sanitario



1.1. Ricovero con e senza intervento Chirurgico in Istituto di Cura, o Intervento Ambulatoriale

Prima del ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro 90 giorni prima del ricovero o dell'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico



Durante il ricovero

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento necessari a recuperare l'autonomia dell'Assistito, utilizzo di robot
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- assistenza medica, ostetrica e infermieristica, terapie, medicinali, esami, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio nonché trattamenti fisioterapici e riabilitativi
- Le spese sostenute per l'utilizzo di Robot verranno riconosciute entro il relativo sub-massimale

Dopo il ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti di malattie oncologiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro 120 giorni dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, possono essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni accompagnate da prescrizione medica del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

1.2 Degenza in regime di Day Hospital/Day Surgery

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "prima del ricovero" "durante il ricovero" e "dopo il ricovero".

1.3 Parto naturale, parto cesareo ed aborto terapeutico

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro i relativi sub-massimali indicati in copertura.

Parto cesareo: le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocoele, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto cesareo.

In caso di parto non cesareo domiciliare Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese ostetriche ed infermieristiche.

1.4. Spese dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assistito che debba recarsi presso un Istituto di Cura per essere ricoverato secondo quanto previsto dalla copertura: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentati (fatture, notule, ricevute). Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

Limite: 40,00 euro al giorno per 50 giorni.



1.5. Trasporto sanitario

Trasporto dell'Assistito in un Istituto di Cura (andata e ritorno) presso il quale debba recarsi per essere ricoverato, e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.

La scelta del mezzo per il trasporto spetta ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Limite: euro 1.500,00

1.6. Indennità sostitutiva

Nel caso in cui le spese sanitarie da ricovero siano a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale o interamente rimborsate in forza di copertura stipulata presso altra Compagnia l'Assistito ha il diritto a richiedere alla Compagnia l'erogazione di una indennità che, sebbene calcolata sul numero di giorni di ricovero, è volta a supportarlo nel percorso di recupero della salute. Tale percorso inizia con il rientro dell'Assistito a domicilio, ed è pertanto da tale momento che il diritto all'indennità matura. L'eventuale decesso dell'Assistito avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi. L'importo dell'indennità è pari a 100 euro per ciascun giorno di ricovero fino a 100 giorni. Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.



In caso di Day Hospital/Day Surgery l'indennità sostitutiva viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

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

L'Assistito che si trova nelle condizioni sopra descritte per richiedere l'indennità sostitutiva può altresì richiedere il rimborso delle spese per le prestazioni descritte al punto 1.1 nei paragrafi denominati "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero", sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero rispetto al quale viene calcolata l'indennità sostitutiva. Tali spese sono riconosciute alle condizioni e secondo i limiti massimi indicati nell'ambito delle singole garanzie extra ricovero in cui sono previste.

2. Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere

- Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili ai sensi della copertura
- Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio, sono esclusi sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - a. gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili

attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in copertura, quando previsto

b. gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%

- Sono coperte anche le spese per gli interventi ricostruttivi avvenuti in vigenza di copertura, se conseguenti a interventi demolitivi di natura oncologica per qualunque sede anatomica. Nel caso di neoplasia mammaria, tale garanzia interviene in caso di mastectomia radicale. È compresa anche la simmetrizzazione effettuata in concomitanza con tale intervento.

Tale garanzia opera anche se:

- l'intervento ricostruttivo ha natura estetica
- l'intervento ricostruttivo è effettuato in un secondo momento rispetto all'intervento demolitivo
- l'intervento demolitivo è stato eseguito prima della decorrenza del presente Piano sanitario.

Sub-massimale annuo a nucleo: 5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria

3. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: 250.000 euro a nucleo.

Sub-massimali annui a nucleo per

- parto naturale: 1.000 euro
- parto cesareo (ed eventuali interventi concomitanti), aborto terapeutico: 2.000 euro
- interventi urologici effettuati con chirurgia robotica: 3.000 euro per l'utilizzo del robot
- interventi ricostruttivi: 5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma prestazioni effettuate da medici non convenzionati

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

- Regime rimborsuale: scoperto del 25% con minimo 2.500 euro ridotto a 800 euro in caso di Day Hospital e a 250 euro in caso di intervento ambulatoriale)
- Utilizzo di Strutture convenzionate con il Network, ma prestazioni effettuate da medici non convenzionati: in caso di utilizzo di strutture o équipe medica non convenzionate, la centrale stessa comunicherà la presa in carico dei costi esclusivamente per la parte in convenzione, mentre il costo delle strutture/équipe medica non convenzionate sarà sostenuto direttamente dall'Assistito, il quale potrà richiederne il rimborso secondo quanto previsto dalle condizioni del Piano Sanitario.

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE



1.1 Alta Diagnostica

- diagnostica radiologica con mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- risonanza magnetica nucleare;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);
- medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.);
- coronarografia;
- ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.);
- elettrocardiogramma sotto sforzo;
- ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale);
- esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Retto-Colonscopia, Bronco-scopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) compresa eventuale biopsia;
- esami Istologici;
- amniocentesi e Villocentesi (solo in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta o per gestante oltre i 35 anni).

1.2 Diagnostica Strumentale Standard

- diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.);
- ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli);
- elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa;
- elettroencefalografia;
- elettromiografia;
- uroflussometria;
- M.O.C. (densitometria ossea).

1.3 Laserterapia

1.4 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 2.500 euro

Sub-Massimale per Laserterapia: 500 euro

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 10% col minimo di 36,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 25% col minimo di 150,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

2. VISITE, ACCERTAMENTI E ANALISI DI LABORATORIO

2.1 Prestazioni

Sono riconosciute queste spese, escluse le prestazioni del punto 1:

- visite specialistiche (escluse odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche);
- analisi di laboratorio;
- accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o infortunio.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.500 euro

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 10% col minimo di 36,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 25% col minimo di 180,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

3. LENTI E OCCHIALI

3.1. Prestazioni

- Sono indennizzate le spese per acquistare occhiali da vista (comprensivi di montature), lenti da vista anche a contatto (escluse le protesi sostitutive oculari, escluse le "usa e getta" e comunque in alternativa alle lenti per occhiali) a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista abilitato, per recuperare l'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi
- è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico³.



3.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 100 euro

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia di 50 euro
- Regime rimborsuale: franchigia di 50 euro

C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

Le prestazioni previste dal presente paragrafo devono essere effettuate solo in Centri medici, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

1. Prestazioni

Sono riconosciute le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi per recuperare la salute a seguito infortunio e delle seguenti malattie:

- Ictus cerebrale
- Forme neoplasiche invalidanti

³ D.Lgs 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

- Neoplasie
- Forme degenerative encefaliche
- Forme degenerative midollari

Non rientrano, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 600 euro

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia di 10 euro per seduta
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

D) PREVENZIONE

1. Check-up in network

L'Assistito può attivare a sua scelta una sola volta all'anno 1 pacchetto di prevenzione tra quelli sotto indicati.



Ciascun esame preventivo può essere effettuato solo in forma diretta nelle strutture convenzionate.

1.1. PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

a) Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine

- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assistito di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>).

Prima di compilare il questionario

- inserire i valori degli esami effettuati in precedenza, sussistendo una sola possibilità
- nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione
- non inserire dati non veritieri, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

1.2. PREVENZIONE ONCOLOGICA (in un'unica soluzione)

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

1.3 PREVENZIONE PEDIATRICA

- prevede una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni:
 - 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
 - 1 visita ai 4 anni
 - 1 visita ai 6 anni.

1.4 PREVENZIONE OCULISTICA

a) Prestazioni

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

- la misurazione del visus.

1.5 PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Compilazione del questionario (in area riservata, usando username e password)

- nel caso in cui:

a) non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;

b) l'Assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;

c) si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. e si inviterà l'Assistito a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

Nel caso c) la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in Network da effettuarsi in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate.

La Centrale operativa comunicherà all'Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- glicemia;
- trigliceridi.

Prima di compilare il questionario

- inserire i propri dati, con unica possibilità salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi
- nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione
- non inserire dati non veritieri, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

1.6 PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

a) Prestazioni

- spirometria
- visita pneumologica

1.7 PREVENZIONE DERMATOLOGICA

a) Prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese per una visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia.

1.8 PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

a) Prestazioni

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

1.9 PREVENZIONE POSTURALE (in un'unica soluzione)

a) Prestazioni

- visita fisiatrica;
- valutazione posturologica.

1.10 PREVENZIONE OSTEOPOROSI (in un'unica soluzione)

a) Prestazioni

- MOC;
- accertamenti di laboratorio per il controllo del metabolismo del calcio.

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Illimitato; è possibile eseguire un pacchetto a scelta fra 10 check up disponibili.

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e Scoperti

Nessuno

2. Visite di controllo in network

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese per **quattro visite di controllo gratuite all'anno**; si precisa che tale prestazione è garantita **anche in caso di consulto/mero controllo**, pertanto **non è richiesta alcuna prescrizione medica**.



Ciascuna visita può essere effettuata solo in forma diretta nelle strutture convenzionate.

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Franchigie e scoperti: nessuno

E) PRESTAZIONI PER SINDROMI INFLUENZALI DI NATURA PANDEMICA

1. INDENNITÀ IN CASO DI RICOVERO PER ACCERTAMENTO O CURA DI SINDROMI INFLUENZALI DI NATURA PANDEMICA

In caso di ricovero dell'Assistito, con o senza intervento chirurgico, presso

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

per l'accertamento o la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida un'indennità di 30,00 euro per ciascun giorno di ricovero fino a massimo 30 giorni (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

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

L'indennità non è riconosciuta per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura di cui sopra.

2. INDENNITÀ DA CONVALESCENZA POST RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA PER LA CURA DI SINDROMI INFLUENZALI DI NATURA PANDEMICA

In caso di ricovero in terapia intensiva dell'Assistito presso

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

per la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida un'indennità da convalescenza (prescritta al momento delle dimissioni) una tantum di 1.500,00 euro (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

Art. 9. Neonati



il Piano sanitario opera anche per le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici dei neonati, sempre che siano rispettate tutte le seguenti condizioni:

- il neonato rientri all'interno del Nucleo familiare del titolare (qualora il premio corrisposto sia per il nucleo familiare di due persone, l'anno successivo al rinnovo deve essere corrisposto un premio per nucleo per più di due persone);
- per i neonati se la comunicazione alla Società di Mutuo Soccorso della loro nascita è fatta entro 30 giorni da quando è avvenuta purché sia successiva al periodo di carenza della madre;
- per le cure e gli Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o Difetti fisici, se effettuati entro 1 anno dalla nascita (e a decorrere dal periodo di carenza della madre) ed entro il limite di 30.000 euro.

CAPITOLO 3 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 10. Esclusioni

Sono esclusi dal Piano sanitario:

- 1) infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- 2) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza;
- 3) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 4) infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli a motore o natanti come guidatore o passeggero (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill";
- 5) infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti;
- 6) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo;
- 7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- 8) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 9) spese in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
- 10) interruzione volontaria della gravidanza
- 11) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza, per tumori maligni
- 12) prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale);
- 13) cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze, salvo quanto previsto all'art. 9 "Neonati";

- 14) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
- 15) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
- 16) ricoveri in lungodegenza;
- 17) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari. Non è in ogni caso riconosciuta per tale tipologia di interventi l'indennità sostitutiva di cui all'art.8;
- 18) correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;
- 19) interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40 al momento dell'intervento); prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- 20) prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel "dopo il ricovero";
- 21) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 22) spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini;
- 23) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale;
- 24) ricoveri impropri
- 25) infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, le relative conseguenze e complicanze;
- 26) le conseguenze dirette di Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della garanzia, ad eccezione di quanto previsto all'art. 12 "Patologie pregresse" nel caso di rinnovo dei contratti per più di quattro anni;
- 27) conseguenze dirette o indirette di Pandemie, salvo quanto previsto dalla garanzia di cui alla lettera E "Prestazioni per sindromi influenzali di natura pandemica"

Art. 11. Persone collegabili al Piano sanitario

- Titolare: età compresa tra i 18 e i 94 anni
- Nucleo familiare:
 - Coniuge/convivente more uxorio/persona unita civilmente: età compresa tra i 18 (16 in caso di matrimonio autorizzato dal tribunale per i minorenni) e i 94 anni;

- Figli fiscalmente a carico (totale o parziale): nessuna età minima di ingresso, età massima 94 anni

Il piano sanitario, anche in caso di rinnovo, termina comunque il 31 dicembre dell'anno in cui il Titolare ha compiuto il 95° anno di età. Nel caso in cui a compiere i 95 anni sia un soggetto diverso dal Titolare (es. il coniuge), il Titolare può mantenere la copertura per i soli Assistiti ancora all'interno dei limiti di età (es. sé stesso e figli). Nel caso in cui il limite di età venga superato dal Titolare, la copertura cessa sia per lui che per tutti gli altri Assistiti il 31 dicembre dell'anno in cui il Titolare ha compiuto il 95° anno di età.

Art. 12. Patologie pregresse

Sono escluse dalla copertura le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza del Piano Sanitario.

Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 5° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

- Dal quinto anno, **rimborso del 15% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- Dal sesto e settimo anno di copertura, **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- Dall'ottavo e nono anno di copertura, **rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- dal decimo anno di copertura in poi, **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**

CAPITOLO 4 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

In considerazione del fatto che, come indicato al precedente art. 2 del Capitolo 1, Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. eroga le prestazioni previste dal presente Piano sanitario, nel presente capitolo in cui vengono descritti degli oneri in caso di sinistro è necessario fare riferimento ad una terminologia assicurativa e quindi è giustificato l'utilizzo di termini quali la "Compagnia" e "l'Assicurato".

Denuncia

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

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo⁴.

Se mancano elementi essenziali, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

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'Assistito), ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura.

La Compagnia respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi in cui si ritengono mancare gli elementi essenziali sopra richiamati

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assistito

Regime rimborsuale

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta

⁴ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assistito

La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'infortunio)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario.

Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni dalla richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

Data del Sinistro

- Prestazioni ospedaliere: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita
- prestazioni fisioterapiche: quella di esecuzione della singola prestazione.

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le foto di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.

Lingua della documentazione

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

Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

L'accertamento può essere disposto

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

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità del Piano Sanitario l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono subito avvisare Intesa Sanpaolo RBM Salute
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - o estremi del testamento
 - o dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - o indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - o l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - o le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - o non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Intesa Sanpaolo RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato nel presente Nomenclatore.

Tali previsioni non operano relativamente all'indennità sostitutiva che non è trasmissibile agli eredi in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima delle dimissioni.

Prestazioni intramoenia

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

Prestazioni tra due annualità

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

Non sono ammesse fatture in acconto.

Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital

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

Nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dal Piano Sanitario. L'Assicurato è tenuto a restituire a Intesa Sanpaolo RBM Salute, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa).

Imposte e oneri amministrativi

Sono carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Sono previste 2 fasi:

- 1) richiesta del voucher**
- 2) rilascio del voucher**

Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale operativa** (attiva **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**) **allegando la documentazione necessaria.**

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

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

Limitatamente alle prestazioni fisioterapiche l'Assicurato deve richiedere autorizzazione solamente della prima prestazione prevista dal ciclo di terapia o dal piano di cura; le restanti autorizzazioni vengono invece effettuate dalla struttura sanitaria del Network.

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono
 - **800.99.17.89** da telefono fisso e cellulare (numero verde)
 - **0422.17.44.243** per chiamate dall'estero.

Dati da fornire alla Centrale operativa

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

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, **che contiene il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia (indicazione della patologia o sospetta tale)** per la quale è richiesta la prestazione specificata:
 - **è necessaria la prescrizione del medico di base o del medico specialista** per tutte le prestazioni
 - per tutte le prestazioni la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione**; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**
 - prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, e dalle analisi di laboratorio: per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.

Non è richiesta per le prestazioni di prevenzione (sanitaria)

- **copia del certificato di prenotazione del ricovero**, o dell'autorizzazione al ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta, per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta
- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
 - **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può trasmettere un certificato redatto da medico specialista (diverso da quello che effettua direttamente o indirettamente le prestazioni) che dichiari: causa/e, luogo e dinamica dell'infortunio, unitamente alla descrizione delle lesioni subite dall'Assicurato e al nesso di casualità con l'infortunio. Il costo di tale certificato rimane a carico dell'Assicurato
 - se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**
 - **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);
- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione, ove previsti dalla polizza, in caso di ricoveri medici
- **in caso di gravidanza a rischio:** certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
- **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti. Se si tratta di prescrizione di lenti per variazione visus in soggetto già portatore di lenti correttive, è necessario

presentare anche la precedente prescrizione o prescrizione con quantificazione della variazione del visus.

- **La Compagnia può richiedere ulteriori documenti (es. certificato anamnestico e relativi referti) se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.**

Come trasmettere i documenti:

- da portale web o con l'app mobile
- per mail: assistenza.on@previmedical.it

Ricerca della struttura

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

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

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

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

- **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta**, la Centrale operativa:
 - rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 4 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)

- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 4 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
- invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 30 giorni dalla data di emissione.

Se è scaduto da massimo 7 giorni: l'Assicurato può chiederne la riemissione immediata entro 4 giorni di calendario dal giorno della scadenza tramite la propria Area Riservata o l'app Mobile senza dover allegare di nuovo la documentazione già trasmessa.

Se è scaduto da più di 7 giorni: l'Assicurato deve chiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, allegando di nuovo tutta la documentazione necessaria.

Il VoucherSalute® è rinnovabile dal 20° giorno dalla sua emissione al massimo per altre due volte, quindi con una validità complessiva di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2021; a partire dal 20/03/2021 l'Assicurato che non lo ha ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che ha 30 giorni di validità dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non può più essere utilizzato. È consentita una ulteriore emissione del VoucherSalute®, per una validità di altri 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2021 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di riemissione, non può superare la data del 29/05/2021, per un totale 90 giorni dal 01/03/2021.

Se la riemissione è richiesta prima che siano finiti i 30 giorni di validità (e comunque dal 20° giorno di emissione del voucher), gli eventuali giorni di validità non usufruiti sono persi.

Il voucher non può essere annullato dall'Assicurato. Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullarlo, deve contattare la Centrale operativa.

Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute®.

La preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate non è necessaria nei soli casi di emergenza (→ qui sotto, par. b).

Segnalazione di nuove Strutture

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

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

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

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa

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

L'eccezione prevista dal presente paragrafo si applica 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.

Il criterio di gravità si caratterizza come una condizione che mette in pericolo di vita il paziente o a rischio di compromissione definitiva una o più funzioni oppure a rischio di rapido peggioramento delle condizioni cliniche (ad esempio Infarto del miocardio).

In caso di necessità, qualora l'Assistito si trovi all'estero ed abbia la necessità di conoscere l'eventuale presenza di strutture convenzionate, può farlo per il solo tramite della Centrale Operativa, contattandola e chiedendo la presa in carico per i soli casi di ricovero.

Limitatamente alle prestazioni ospedaliere, la procedura d'urgenza non può essere attivata per ricoveri in regime di Assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale operativa.

Per tutte le altre prestazioni qualora sia certificata l'urgenza è possibile contattare la Centrale operativa che procede a specifiche valutazioni.

c) La prenotazione

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata

- sulla piattaforma informatica messa a disposizione dalla Compagnia, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

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

d) Centrale operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, può richiederne il rimborso a La Compagnia solo se previsto dalla relativa garanzia e alle specifiche condizioni in essa stabilite (per esempio scoperti o franchigie). Al di fuori di tali casi, le spese per la prestazione eseguita restano ad esclusivo carico dell'Assicurato.

e) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, franchigie, prestazioni non previste dalle CDA), e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)
- La Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di ricovero cartella clinica completa contenente anche la S.D.O., certificato di conformità rilasciato dall'ottico⁵,...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: franchigie e scoperti, superamento di massimali).

⁵ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea, b) on line**. In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.

- le prestazioni devono

- essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni**; se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**.
- **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**
- **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**
- **essere fatturate** da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi**.

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

La Compagnia si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.intesasanpaolorbmsalute.com sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, la Compagnia prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

- 1. documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è**

integrata entro tale periodo, la domanda è respinta. L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola

2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È necessaria la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
3. **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche** la S.D.O., in caso di Ricovero anche in Day Hospital
4. dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
 - **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti. Se si tratta di prescrizione di lenti per variazione visus in soggetto già portatore di lenti correttive, è necessario presentare anche la precedente prescrizione o prescrizione con quantificazione della variazione del visus.
La richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno assicurativo
5. **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti**, in caso di ricoveri medici
6. **in caso di gravidanza a rischio**: certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
7. **per trattamenti fisioterapici**:
 - i. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
 - ii. indicazione del **titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazione
 - iii. in caso di ciclo di prestazioni, il calendario rilasciato dal Centro medico
8. in caso di **infortunio** devono essere presentati anche:
 - **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può trasmettere un certificato redatto da medico specialista (diverso da quello che effettua direttamente o indirettamente le prestazioni) che dichiara: causa/e, luogo e dinamica dell'infortunio, unitamente alla descrizione delle lesioni subite dall'Assicurato e al nesso di causalità con l'infortunio. Il costo di tale certificato rimane a carico dell'Assicurato.
 - se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo.**
In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, **l'Assicurato**

deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole)

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

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

**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**

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata (www.onsalute.it – Piani individuali – Pratiche)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che la Compagnia considera equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta: se si accerta che la polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione

- La Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve
 - restituire a La Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
 - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

COMFORT SALUTE

1. SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Se per infortunio o malattia, l'Assicurato ha bisogno 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 della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:

- un esperto per un consulto telefonico immediato
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala 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, per infortunio o malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:

- la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie
- l'équipe medica, all'occorrenza, segnala all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari; l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione, anche per 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, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato la documentazione clinica.

c) Consulenza telefonica medico-specialistica

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

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

L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

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

3. CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Sul sito internet www.onsalute.it

Area riservata – Piani individuali – Documenti (Area riservata – Condizioni di assicurazione, sezione "Gestisci la tua polizza on line", inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri).

Web (<http://www.onsalute.it>)

Area riservata – Piani individuali - Pratiche. Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso ("Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi")
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

App mobile "Citrus"

Con l'app mobile "Citrus®", è possibile:

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

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

ALLEGATO 1 – SCHEDE RIASSUNTIVE

OPZIONE 3 – COMFORT GOLD	
Garanzia	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Ricovero con o senza intervento in Istituto di cura, Day Hospital/surgery, Intervento Ambulatoriale	
Massimale	250.000 euro
Pre/post	90/120
Condizioni	
- diretta	nessuno
- rimborso	scoperto del 25% con minimo 2.500 euro (ridotto a 800 euro in caso di Day Hospital e a 250 euro in caso di intervento ambulatoriale)
- Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma prestazioni effettuate da medici non convenzionati	Come rimborsuale
Submassimali	
Parto naturale	1.000 euro
Parto cesareo e aborto terapeutico	2.000 euro
Interventi urologici con chirurgia robotica	3.000 euro per l'utilizzo del robot
Spese accompagnatore	40 euro al giorno, max. 50 giorni
Interventi ricostruttivi	5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria
Trasporto malato	1.500 euro
Indennità sostitutiva	100 euro al giorno, massimo 100 giorni
Neonati	fino a 1 anno, con il massimo assoluto di 30.000 euro
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Alta specializzazione	Da elenco
Massimale	2.500
Sub-massimale per Laserterapia	500 euro
Condizioni:	
diretta	Scoperto 10%, minimo 36 euro
rimborsuale	Scoperto 25%, minimo 150 euro
ticket	Nessuna franchigia/scoperto
2. Visite, accertamenti e analisi di laboratorio	
Massimale	2.500 euro
Condizioni:	
diretta	Scoperto 10%, minimo 36 euro
rimborsuale	Scoperto 25%, minimo 80 euro
ticket	Nessuna franchigia/scoperto
3. Lenti/occhiali	
Massimale	100 euro
Condizioni:	
diretta	franchigia 50 euro
rimborsuale	franchigia 50 euro
C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE	
Fisioterapia a seguito di infortunio e grave malattia*	* (ictus cerebrale, forme neoplastiche invalidanti, neoplasie, forme degenerative encefaliche, forme degenerative midollari)
Massimale	600 euro
Condizioni	
diretta	franchigia di 10 euro per seduta
ticket	Nessuna franchigia/scoperto

D) PREVENZIONE	
1. Check-up in network	*1 pacchetto a scelta fra quelli sotto riportati
Pacchetto 1: prevenzione Cardiovascolare	Uomini e donne – da elenco
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
Pacchetto 2: prevenzione Oncologica	da elenco
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia – unica soluzione
Pacchetto 3: prevenzione Pediatrica	1 visita fra i 6 e i 12 mesi; 1 visita ai 4 anni; 1 visita ai 6 anni
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
Pacchetto 4: prevenzione Oculistica	da elenco
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
Pacchetto 5: prevenzione della sindrome metabolica	colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi
Condizioni:	1 volta l'anno
Diretta	Nessuno scoperto/franchigia
Pacchetto 6: prevenzione delle vie respiratorie	da elenco
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
Pacchetto 7: prevenzione dermatologica	1 visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
Pacchetto 8: prevenzione otorinolaringoiatrica	1 visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
Pacchetto 9: prevenzione posturale	1 visita fisiatrica; valutazione posturologica
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia - unica soluzione
Pacchetto 10: prevenzione osteoporosi	MOC, accertamenti di laboratorio per il controllo del metabolismo del calcio
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia - unica soluzione
2. Visite di controllo in network	4 visite al 100%
Condizioni	
Assistenza diretta	Nessuno scoperto-franchigia
E) PRESTAZIONI PER SINDROMI INFLUENZALI DI NATURA PANDEMICA	
1. Indennità in caso di ricovero per accertamento o cura di sindromi influenzali di natura pandemica	30 euro per ciascun giorno di ricovero, fino a 30 giorni
2. Indennità da convalescenza post ricovero in terapia intensiva per la cura di sindromi influenzali di natura pandemica	1.500 euro
COMFORTSALUTE®	Previsto



DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE/INDENNITA'

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
c/o Previmedical S.p.A. – Ufficio Liquidazioni
 Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO/INDENNITA' Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA
 (da compilare in stampatello maiuscolo)

Cognome _____	Nome _____
Nato/a il _____	Luogo di nascita _____
Sesso Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>	Codice fiscale _____
Cellulare* _____	Telefono _____
E-mail _____	

(*): Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio “**SEGUI LA TUA PRATICA**”, attraverso l'invio di un sms

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO
 (da compilare in stampatello maiuscolo)

Cognome _____	Nome _____
Nato/a il _____	Luogo di nascita _____
Sesso Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>	Codice fiscale _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso/indennità:

- Ricovero in istituto di cura
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post)
- Indennità da ricovero
- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi
- Visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio
- Lenti e occhiali
- Non Autosufficienza - Long Term Care
- Altro





**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Tenuto conto dell'Informativa resami ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., prendo atto del trattamento dei miei Dati Personali effettuato per le finalità descritte nell'Informativa, nella Sezione 3 "Categorie dei dati personali, finalità e base giuridica del trattamento".

Inoltre, apponendo la mia firma in calce, confermo il mio consenso in relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali, compresa la loro comunicazione e successivo trattamento da parte delle categorie di destinatari di cui alla Sezione 4 dell'Informativa, necessario per il perseguimento delle finalità indicate nella Sezione 8 dell'Informativa.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'Assicurato _____ Firma per Consenso _____

*(se minore, firma di chi esercita la
potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*



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)

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.intesasanpaolorbmsalute.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@intesasanpaolorbmsalute.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 previdenziale, ecc.) richiediamo informazioni o sono tenuti a comunicarci informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; Magistratura, Forze dell'Ordine e altri soggetti pubblici

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 e 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, esser 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@intesasanpaolorbmsalute.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.

ⁱ Ultimo aggiornamento 22 gennaio 2021