

**Polizza Collettiva Rimborso Spese Mediche a
favore dei dipendenti dell'Università degli Studi
di Roma La Sapienza**

CONTRAENTE/CASSA SANITARIA:

CASSA SALUTE

ASSOCIATO

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Piazzale Aldo Moro, 5

– 00185 Roma –

CF: 80209930587 PI: 02133771002

SOCIETA'

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.P.A.

DEFINIZIONI

Annualità Assicurativa:	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Associato:	Università degli Studi di Roma "La Sapienza".
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato:	a. il dipendente dell'Università La Sapienza che usufruisce delle prestazioni b. le persone appartenenti al nucleo familiare per il quale il dipendente assicurato abbia corrisposto il relativo premio di assicurazione a totale carico del dipendente che ne faccia richiesta
Malattia:	alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Indennità sostitutiva:	importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero con intervento, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso, o ad esso connesse.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
Massimale per nucleo familiare:	la disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile per tutti i componenti del medesimo nucleo familiare, che fa capo all'Assicurato, per una o più malattie e/o infortuni che diano diritto al rimborso nell'anno assicurativo.
Franchigia:	la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.
Scoperto:	la somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
Ricovero:	degenza in Istituto di cura che comporta almeno un pernottamento.
Istituto di cura:	Ospedale, Clinica, Casa di Cura ed ogni altra struttura sanitaria di ricovero, dotati di attrezzature per il pernottamento di pazienti.
Nucleo familiare:	Il rispettivo coniuge, convivente more uxorio/convivente di fatto risultante dallo stato di famiglia (anche dello stesso sesso purché risultante da certificato di residenza o da autocertificazione di

convivenza), i figli tutti conviventi (sia dell'assicurato, sia del coniuge o convivente more uxorio/convivente di fatto) e risultanti da stato di famiglia. Si intendono altresì assicurati i figli non conviventi, purché fiscalmente a carico (sia dell'assicurato sia del coniuge o convivente more uxorio/convivente di fatto).

Day Hospital:

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura, in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica

Intervento chirurgico
ambulatoriale:

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento, documentata da copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale

Stato di non autosufficienza
consolidato/permanente:

Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assicurato, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

PREMESSA

La Compagnia di Assicurazioni Intesa Sanpaolo Protezione, aggiudicataria della gara per la stipula di un contratto concernente il rimborso delle spese sanitarie in favore del personale tecnico amministrativo (TAB) dell'Associata – Università degli Studi di Roma La Sapienza e la Cassa Salute sulla base di specifici accordi intervenuti tra di esse, si impegnano ad erogare al personale TAB, quanto previsto dal presente contratto.

Il contratto prevede due opzioni:

- POLIZZA BASE - stipulata in forma obbligatoria a favore del personale TAB dell'Associata (Università La Sapienza) – il cui costo pari a Euro 450,00 pro-capite è a carico dell'Università La Sapienza.
- POLIZZA GOLD - opzione migliorativa per la quale il costo ulteriore di Euro 2.000,00 rispetto ad Euro 450 pro-capite stanziati dall'Associata, sarà a totale carico del dipendente.

E' facoltà del dipendente, anziché aderire alla POLIZZA "BASE" per la quale viene sostenuto interamente il costo da parte dell'Università, aderire alla POLIZZA "GOLD", che prevede condizioni più estese e migliorative rispetto alla copertura BASE.

Le garanzie possono essere estese – con premio a carico del dipendente stesso - al rispettivo nucleo familiare intendendo per tale il rispettivo coniuge, convivente more uxorio/convivente di fatto risultante dallo stato di famiglia (anche dello stesso sesso purché risultante da certificato di residenza o da autocertificazione di convivenza), tutti i figli conviventi (sia dell'assicurato, sia del coniuge o convivente more uxorio/convivente di fatto) e risultanti da stato di famiglia.

Si intendono altresì assicurati i figli non conviventi, purché fiscalmente a carico sia dell'assicurato sia del coniuge o convivente more uxorio/covivente di fatto.

Il premio complessivo del contratto verrà versato dall'Università degli Studi di Roma La Sapienza alla Cassa d'Assistenza. Gli Uffici competenti dell'Ente tratteranno gli eventuali importi dovuti per le adesioni facoltative sulla retribuzione del dipendente.

CONDIZIONI COMUNI A TUTTE LE OPZIONI

Art.1) – Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione:

- le intossicazioni dovute ad abuso di alcoolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo, in quest'ultimo caso, la somministrazione terapeutica), allucinogeni e simili;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia e plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio o da pregressa chirurgia demolitiva);
- tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla "fecondazione assistita" e/o "fecondazione eterologa"

- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS;
- le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le nevrosi.

Art. 2) - Estensioni di garanzia

Sono incluse nell'assicurazione:

- le malattie/infortuni che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza nonché le malattie croniche e recidivanti;
- gli interventi e le cure per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fermo quanto previsto dall'art. 1) "Esclusioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La gravidanza è considerata malattia a tutti gli effetti.

Art.3) – Permanenza in assicurazione – Limiti di età

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni. Nel caso di compimento dell'80° anno di età durante il corso dell'annualità assicurativa, la garanzia continuerà ad essere prestata fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Per le persone che risultino assicurate in relazione al rapporto di lavoro intercorrente con il l'Associato, l'assicurazione si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con l'Associato stesso. Allo scioglimento di detto rapporto, l'assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva alla risoluzione del rapporto di lavoro e pertanto non si darà seguito a rimborso del premio che si considera acquisito.

Art. 4) – Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

Art. 5) – Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni 2 con effetto dalle ore 24.00 del 31 ottobre 2025 e cesserà automaticamente la propria operatività alla scadenza, senza necessità di alcuna comunicazione formale da ognuna delle parti.

E' facoltà dell'Associata disporre una proroga temporanea finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione, per un periodo massimo di 6 mesi, decorrenti dalla scadenza o cessazione (tutti i casi di cessazione, anche anticipata) del contratto. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio calcolato in pro-rata, è tenuta a prorogare l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche. La proroga vale anche a favore delle adesioni facoltative.

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata o pec da inviare con almeno 180 giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

Art.6) - Premio

Per il complesso delle prestazioni oggetto del presente capitolato i corrispettivi pro-capite, annui, lordi (vale a dire comprensivi dei premi e dei relativi oneri fiscali da versare), corrispondono ai seguenti importi:

POLIZZA BASE

- | | |
|---|--|
| 1. Dipendente | Euro 450,00 pro-capite
(a carico dell'Università) |
| 2. Nucleo
(escluso il dipendente titolare) | Euro 1.000,00 per nucleo |

POLIZZA GOLD

- | | |
|---|--|
| 1. Dipendente | Euro 2.450,00 pro-capite
(di cui Euro 450,00 a carico
dell'Università) |
| 2. Nucleo
(escluso il dipendente titolare) | Euro 1.100,00 per nucleo |

Alla scadenza di ogni annualità verrà verificato il numero degli Assicurati.

Art. 7) - Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio

Il premio del presente contratto ha frazionamento semestrale.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 della data di stipula del contratto, per tutto il personale tecnico amministrativo in forza alla data di effetto della copertura assicurativa, nonché per i componenti del nucleo familiare per i quale è stata espressa la facoltà di adesione, come da elenchi forniti dall'Associato entro 45 giorni dalla decorrenza.

A parziale deroga dell'art.1901 del codice civile, l'Associato è tenuto al pagamento della prima e delle successive rate di premio entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione del documento ritenuto formalmente corretto; se l'Associato non paga il premio entro 60 giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dall'Associato ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del medesimo Decreto;
- il pagamento effettuato dall'Associato direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 8) - Modalità di estensione - modalità di raccolta delle adesioni.

L'Associato deve produrre entro 45 giorni dalla decorrenza, e da ogni scadenza annuale, un file in formato elettronico comprensivo dell'elenco del personale tecnico amministrativo da assicurare, nonché per i componenti del nucleo familiare per i quali è stata espressa la facoltà di adesione.

Il dipendente assicurato che intenda estendere al proprio nucleo familiare la copertura assicurativa BASE potrà esercitare tale facoltà (con onere a proprio carico) entro 45 giorni dalla data di decorrenza della polizza, e ad ogni scadenza annuale, ferma l'efficacia della copertura assicurativa dalla data di effetto.

Inoltre è facoltà del dipendente aderire all'opzione chiamata GOLD, ed estenderla al proprio nucleo familiare (con onere a proprio carico) entro 45 giorni dalla data di decorrenza, e ad ogni scadenza annuale della polizza, ferma l'efficacia della copertura assicurativa dalla data di effetto.

Si precisa che il dipendente ha la facoltà di inserire il proprio nucleo familiare solo nella POLIZZA da lui prescelta in qualità di titolare.

Il dipendente che ha aderito inizialmente alla POLIZZA GOLD, ha la facoltà, ad ogni scadenza annuale, di passare alla POLIZZA BASE. Si precisa che il passaggio del dipendente titolare implica anche il passaggio degli eventuali familiari inseriti.

Qualora un dipendente non abbia aderito alla Copertura GOLD per il primo anno, sarà possibile per lui l'attivazione dello stesso piano solo dall'anno successivo.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex dipendente e gli eventuali familiari assicurati, verranno mantenuti nella garanzia fino alla prima scadenza annuale successiva alla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Art. 9) - Variazione delle persone assicurate (dipendenti)

L'assicurazione vale per le persone designate in applicazione.

Le inclusioni dei nuovi assunti potranno avvenire solo a partire dalla scadenza annua successiva all'assunzione.

In caso di esclusione di nuclei e/o persone in corso d'anno, non verrà effettuato alcun rimborso di premio che, pertanto, si considera acquisito dalla Società.

Art. 10) – Inclusioni di familiari per variazione dello stato di famiglia

Salvo quanto previsto all'Art.8, l'inclusione di familiari, in un momento successivo alla decorrenza della polizza, sarà consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza, nuove nascite/adozioni.

La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia, sempre a condizione che questa venga comunicata entro 30 gg. In caso contrario, decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società.

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

Entro 60 giorni dalla scadenza dell'annualità, in base alle variazioni intercorse e al criterio sopra esposto, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in via definitiva alla Società.

Art. 11) – Modalità gestione anagrafiche degli assicurati

Premesso che:

- gli elenchi anagrafici dei soggetti assicurati, sono ricevuti direttamente dal Broker, da parte dell'Associato, l'Associato si impegna a fornire entro il termine di 45 giorni dalla data di effetto della polizza e dalla data di ogni ricorrenza annuale, l'elenco definitivo degli Assicurati tramite tracciato informatico concordato;
- le informazioni di cui sopra sono trasmesse informaticamente dal Broker alla Società.

Art. 12) - Altre assicurazioni

È data facoltà all'Associato/Assicurato di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione. Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future. L'Associato è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente. Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto. In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art. 1910 c.c. per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute. In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art. 1910 c.c..

Art. 13) Criteri di Liquidazione

La Società metterà a disposizione degli Assicurati un portale web dedicato, tramite il quale l'Assicurato potrà effettuare le richieste di rimborso e caricare le copie della documentazione di spesa. Il portale dovrà consentire il caricamento delle copie delle prescrizioni contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante, copie delle fatture e della documentazione medica in formato pdf, nonché consentire all'Assicurato di verificare lo stato di lavorazione delle pratiche e l'aggiornamento della propria anagrafica compreso l'indicazione dell'Iban su cui effettuare i rimborsi. Oltre al canale web la Società metterà a disposizione degli Assicurati un Modulo di richiesta di rimborso a cui saranno allegati i documenti di spesa e i certificati, tutto in fotocopia. Il Modulo verrà inviato tramite posta all'indirizzo indicato dalla Società. La Società rimborserà le spese a seguito di presentazione da parte dell'Assicurato della documentazione completa dei documenti di spesa (fattura e/o prescrizione medica, cartella clinica, etc.) prodotti anche in fotocopia; dovrà inoltre garantire il rimborso, in un tempo massimo di 30 giorni solari, dal momento in cui la pratica risulti completa. La Società dovrà richiedere eventualmente la documentazione mancante entro 15 giorni solari dal ricevimento della domanda di rimborso.

Art. 14) – Denuncia del Sinistro

L'Assicurato, o chi per esso, dovrà preventivamente contattare la **Centrale Operativa della Società**, al numero verde dedicato e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori e i medici della Centrale Operativa della Società saranno a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il Piano Sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi articoli "*Sinistri in strutture convenzionate con la Società*", "*Sinistri in strutture non convenzionate con la Società*" e "*Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale*".

Qualora l'assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità

indicate all'articolo "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società", ed all'art. "Prestazioni in Strutture Sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

Numero verde: 800991768

Numero nero: 04221744 057

Mail: assistenza.unisapienza@previmedical.it

14.1 Sinistri in Strutture convenzionate con la Società

La Società, allo scadere del termine per la presentazione delle offerte, deve garantire la disponibilità di una rete di strutture convenzionate, atta a garantire l'assistenza diretta per l'area ricoveri e per le altre prestazioni previste dal presente Capitolato, secondo le specifiche minime di seguito indicate:

- strutture abilitate al ricovero notturno (case di cura, ospedali, istituti di cura a carattere scientifico) presso le quali sia attivo il servizio di assistenza diretta. Tale rete dovrà essere composta da almeno 200 strutture sul territorio nazionale (incluse strutture pubbliche), di cui almeno 40 nel territorio di Roma e Provincia;
- centri medici non abilitati al ricovero notturno (poliambulatori, *day hospital*, centri diagnostici, laboratori di analisi) presso i quali sia attivo il servizio di assistenza diretta. Tale rete dovrà essere composta da almeno 500 strutture sul territorio nazionale, di cui almeno 100 nel territorio di Roma e Provincia;
- almeno 500 medici dentisti convenzionati sul territorio nazionale, di cui almeno 100 nel territorio di Roma e Provincia;
- prenotazione diretta da parte della Compagnia;
- call center e sito internet con upload della documentazione nella disponibilità della compagnia e consultazione della propria posizione assicurativa.

Per tutte le prestazioni che lo prevedono, la richiesta di presa in carico presso strutture convenzionate appartenenti al Network dovrà essere effettuata con un preavviso di almeno 5 giorni lavorativi. La Società si impegna a fornire l'esito dell'autorizzazione entro 2 giorni lavorativi dalla data fissata per la prestazione. Si precisa che l'Assistito dovrà essere in possesso della prescrizione medica, con il relativo quesito diagnostico, entro la data di richiesta di presa in carico presso la struttura convenzionata prescelta, da presentare in occasione della data fissata per la prestazione.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla Struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate.

A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le Strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La Struttura Sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Per prestazioni connesse a ricoveri effettuati in **regime misto** (struttura sanitaria convenzionata, équipe medica non convenzionata), solo la parte convenzionata sarà fornita senza richiedere anticipi o pagamenti all'assicurato/assistito se non nei limiti dallo scoperto o della franchigia, mentre la parte non convenzionata sarà anticipata dall'assicurato/assistito e successivamente rimborsata dalla Società, con l'applicazione dello scoperto e delle franchigie previsti.

14.2 Sinistri in Strutture non convenzionate con la Società

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà inviare direttamente alla Società, tramite piattaforma o in modalità cartacea, la documentazione necessaria:

- in caso di ricovero*, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

* Tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato verrà effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato dovrà consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

14.3 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero e/o di prestazioni extraricovero, previsti dalle condizioni di polizza, effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, le spese per i ticket sanitari verranno rimborsate integralmente, nel limite del massimale garantito, senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Qualora il ricovero, previsto a termini di polizza, venga effettuato in una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, in forma di assistenza diretta, la Società rimborserà le eventuali spese, per ticket sanitari o per rette di degenza, rimaste a suo carico. In questo caso, però, l'assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva.

Per ottenere il rimborso di ogni ticket sanitario riferito a prestazioni extraospedaliere l'Assicurato dovrà fornire la prescrizione medica contenente la presunta patologia o la patologia accertata.

14.4 Criteri di liquidazione relativa all'area ricovero e alle garanzie extraospedaliere in caso di infortunio o malattia

In tutti i casi in cui la copertura assicurativa opera in forma rimborsuale, la Società si impegna a liquidare i sinistri entro 30 gg. dalla presentazione della documentazione completa attinente la pratica (copia di documentazione medica, copia della documentazione di spesa, da cui risulti il relativo quietanzamento, ed eventuale documentazione specifica richiesta). La Società dovrà richiedere eventualmente la documentazione mancante entro 15 giorni dal ricevimento della domanda di rimborso.

14.5 Gestione documentazione di spesa

A- Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla Struttura alla Società.

B - Prestazioni in Strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica verrà conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – dovrà essere restituita all'Assicurato, con cadenza mensile, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

Art. 15) - Anticipo indennizzi

Nel caso di avvenuto ricovero in Istituto di cura è facoltà, dell'Assicurato richiedere un anticipo sulle spese già sostenute e documentate in misura non superiore al **60%** delle stesse, previa contestuale presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero ed il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese può avere luogo nell'ipotesi che l'ammontare delle spese non sia inferiore a Euro **516,00**. Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

Art. 16) – Interpretazione del contratto

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dall'Associata sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Associato.

Art. 17) – Imposte

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Associata, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Art. 18) - Gestione della polizza affidata all'Intermediario MARSH S.p.A

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh S.p.A., di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto della Stazione Appaltante dal Broker.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto dell'Università e dell'Assicurato dal Broker medesimo, ad eccezione del pagamento dei premi che verrà effettuato dalla Cassa direttamente alla Compagnia a fronte dei contributi ricevuti dall'Amministrazione.

Qualora l'Impresa aggiudicataria intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite

gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del Broker. La remunerazione del Broker è posta a carico della Società aggiudicataria del contratto, nella misura stabilita del 8,5% del totale dei premi imponibili. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia alla propria rete di vendita diretta e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione appaltante.

Si precisa che qualora, alla data di decorrenza della polizza, l'Ente abbia aggiudicato il servizio di brokeraggio ad altro Broker, le provvigioni calcolate sul premio della prima annualità dovranno comunque essere riconosciute al broker Marsh SpA. A partire dalla seconda annualità, invece, la provvigione sarà riconosciuta al broker aggiudicatario della gara per il servizio di brokeraggio.

Art. 19) – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L.n°. 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura - Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 20) - Adempimenti in materia di "privacy"

Ai sensi del Regolamento Europeo Privacy (679/2016) e ss.mm.ii., le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Si informa che i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto della presente polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

Art. 21) - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società:

1. entro 30 giorni solari dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni solari antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,

si impegna a fornire all'Associata per il tramite del Broker, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, suddiviso tra polizza Base e Polizza Gold, così articolato:

- a) tipologia di prestazione (ricovero, visite specialistiche, ecc. cc) suddivisa tra Convenzionamento e Fuori Convenzionamento, per ciascun Assicurato;
- b) numero di sinistro
- c) data accadimento dell'evento
- d) data denuncia del sinistro
- e) tipo assicurato (titolare, familiare)
- f) stato del sinistro (aperto, chiuso, chiuso senza seguito)
- g) importo richiesto
- h) importo liquidato
- i) importo riservato

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto l'Associata per il tramite del Broker circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono all'Associata per il tramite del Broker di chiedere un aggiornamento in date diverse da quelle indicate, in tal caso la Società si impegna a fornire riscontro entro 30 giorni solari dalla richiesta.

In caso di inadempienza da parte della Società, l'Associata per il tramite del Broker provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura dell'1,5 per mille del premio imponibile a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dall'Associata e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 22) - Termini di prescrizione.

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di 2 (due) anni a norma dell'art. 2952 codice civile.

Art. 23) - Forma delle comunicazioni

Le comunicazioni devono essere fatte a mezzo raccomandata, posta elettronica e posta elettronica certificata.

Art. 24) Sanction Clause / OFAC

Le Parti riconoscono che l'Italia adotta o è parte di organizzazioni internazionali che adottano provvedimenti di embargo o sanzionatori a carico di stati esteri che possono imporre restrizioni alla libertà delle parti di assumere o dare esecuzione ad obbligazioni contrattuali.

La Società non sarà pertanto tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento, o il riconoscimento

di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

La presente disposizione abroga e sostituisce ogni norma difforme contenuta nelle Condizioni di Assicurazione.

Art. 25) Obblighi dell'aggiudicatario

L'aggiudicatario è tenuto ad osservare i seguenti obblighi:

1. nel caso occupi dai 15 a 50 dipendenti, entro 6 mesi dalla conclusione del contratto, deve consegnare alla stazione appaltante una relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile di cui all'art. 1 comma 2 dell'Allegato II.3 del Codice, da trasmettere a cura dell'aggiudicatario alle rappresentanze sindacali aziendali e ai consiglieri regionali di parità;
2. nel caso occupi un numero pari o superiore a 15 dipendenti, entro 6 mesi dalla conclusione del contratto, deve consegnare alla stazione appaltante una relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla legge n. 68/99 e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a proprio carico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte, di cui all'art. 1 comma 3 dell'Allegato II.3 del Codice, tale relazione deve essere trasmessa, a cura dell'aggiudicatario, alle rappresentanze sindacali aziendali;

In caso di inadempienza da parte della Società, l'Associata provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura dell'1,5 per mille del premio imponibile a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dall'Associata e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 26) Penali

In caso di inadempienza da parte della Società, rispetto a quanto indicato all'art. 21 - "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" e all'art. 26 - "Obblighi dell'aggiudicatario" l'Associata provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura pari all' 1,5 per mille dell'ammontare netto contrattuale per ogni giorno di ritardo. Il limite massimo complessivo per l'applicazione delle penali è pari al 10% (dieci per cento) dell'ammontare netto contrattuale.

Le penali dovranno essere versate nel termine di 10 giorni naturali, successivi e continui dalla data in cui l'Associata comunica l'applicazione delle specifiche penali. Decorso tale termine, l'Associata potrebbe provvedere, senza necessità di messa in mora e con semplice provvedimento amministrativo, all'incameramento di una quota della cauzione definitiva pari all'ammontare della penale comminata.

Art. 27) Revisione Prezzi

Qualora nel corso di esecuzione del contratto con CPV 66512220-0, al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, si determina una variazione, in aumento o in diminuzione, del costo del servizio superiore al 5 per cento dell'importo complessivo, i prezzi saranno aggiornati, nella misura dell'80 per cento del valore eccedente la variazione, in relazione alle prestazioni da eseguire.

Ai fini del calcolo della variazione dei prezzi, secondo quanto previsto dall'articolo 60, comma 3, lettera b) del Codice, in coerenza con quanto disposto dall'Allegato II.2-bis del Codice, si utilizza il codice istat IPCA.

L'andamento dell'indice è monitorato con cadenza mensile, dal mese successivo al mese di aggiudicazione, non saranno attivate revisioni prezzi in sede di aggiudicazione.

In caso di sospensione o proroga dei termini di aggiudicazione nelle ipotesi di cui all'art. 1, commi 3, 4 e 5 dell'Allegato I.3 del Codice, il valore di riferimento per il calcolo della variazione è quello relativo al mese di scadenza del termine massimo per l'aggiudicazione, come individuato dall'art. 1, commi 1 e 2 del predetto Allegato.

La Stazione Appaltante, entro 30 giorni dalla relativa istruttoria per la verifica di tale variazione, formula la propria proposta di revisione.

In caso di accordo tra le Parti, si provvede alla modifica del contratto. Qualora sia pattuito un aumento di premio, l'Associata provvede a corrispondere l'integrazione pari all'ottanta per cento dell'incremento del costo del servizio detratta l'alea del 5 per cento, nei termini di cui al presente punto. In caso di mancato accordo, il Contraente e la Società potranno rescindere il contratto al termine della annualità in corso al momento della proposta di revisione. È fatto salvo quanto previsto in merito all'impegno della Società alla proroga tecnica.

Art. 27) Servizi "Segui la tua pratica" e "Home Insurance"

27.1 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**.

Il servizio può essere attivato indipendente dai canali in cui viene effettuata la domanda di rimborso. Nel modulo di rimborso cartaceo l'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare. Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

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

27.1 AREA CONTRAENTI - ASSOCIATI

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

27.2 AREA ASSICURATI

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

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

App mobile "Citrus"

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

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network

- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- pre-attivare le prestazioni in regime di Assistenza diretta.

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

POLIZZA BASE

La presente polizza prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato a seguito di Malattia o Infortunio, per le seguenti prestazioni sanitarie:

A) OSPEDALIERE

1. In caso di ricovero per Grande intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura così come indicato nell'apposito allegato 2, fino alla concorrenza di un massimale di Euro 200.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per rette di degenza;
- per le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero (anche se tale termine dovesse superare la data di scadenza del contratto).

Per tale garanzia si applicherà uno **scoperto del 20% col minimo di Euro 2.000,00** per evento in caso di utilizzo della rete convenzionata, e **uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 3.000,00** per evento in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

2. In caso di ricovero con o senza intervento (diverso da grandi interventi), day hospital, interventi ambulatoriali, fino alla concorrenza di un massimale di Euro 50.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare:

- gli onorari del Chirurgo, dell'Aiuto, dell'Assistente, dell'Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- l'assistenza medica ed infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici), onorari medici per visite specialistiche, esami effettuati in Istituto di cura o ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- onorari medici per visite specialistiche, esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati in Istituto di cura o ambulatorio nei 120 giorni

successivi al ricovero (anche se tale termine dovesse andare oltre la data di scadenza del contratto).

In caso di ricovero con o senza intervento (diverso da grandi interventi), si applicherà uno scoperto del **20% col minimo di Euro 2.000,00** per evento in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 30%** con il minimo di **Euro 3.000,00** per evento in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di interventi ambulatoriali/day hospital si applicherà uno scoperto del **20% col minimo di Euro 600** per evento in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 30%** con il minimo di **Euro 850,00** per evento in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto

3. Trasporto dell'assicurato

Per il trasporto dell'Assicurato dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, in caso di Grande Intervento, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di **Euro 1.100,00 in Italia ed Euro 2.000,00 all'estero** per anno e per nucleo familiare.

4. Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore

In Istituto di cura, o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'Istituto di cura, vitto e pernottamento di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di **Euro 60,00** giornaliera e con il limite massimo di **30 giorni** per ciascun anno assicurativo. In caso d'indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di Cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione d'indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di Cura.

5. Rimpatrio salma

In caso di decesso avvenuto all'Estero a seguito di ricovero per Grande intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura, così come Indicato nell'apposito allegato 2, vengono indennizzate le spese per il rimpatrio della salma con il limite di **Euro 1.600,00** per anno e per nucleo familiare.

6. Indennità sostitutiva

La Società corrisponde un'indennità di **Euro 100,00** per ogni giorno di ricovero per intervento in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di **100 giorni** per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

L'indennità sostitutiva viene corrisposta in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso, o ad esso connesse.

B) ALTA DIAGNOSTICA

La Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono, stabilendo pertanto che le stesse vengono escluse dalla prestazioni di cui all'art. D delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- chemioterapia
- radioterapia
- cobaltoterapia
- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- laserterapia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografia
- tecarterapia
- onde d'urto
- PET
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- ago aspirato
- amniocentesi/villocentesi/test genetici pre-natali non invasive su DNA fetale (es. pre-natal safe/harmony test) - (per donne con età \geq 35 anni senza prescrizione medica; per donne con età $<$ 35 solo nel caso di sospetta patologia della gestante o del feto)

Per l'attivazione della garanzia è sempre necessaria la prescrizione medica con il relativo quesito diagnostico.

La garanzia di cui al presente titolo viene accordata sino ad un massimo di **Euro 2.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Per tale garanzia si applicherà uno scoperto **del 20% col minimo di Euro 60,00** per prestazione/ciclo di terapia in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 35% con il minimo di Euro 80,00** per prestazione/ciclo di terapia in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

Con riferimento al punto B, Art. 1.1 Alta Specializzazione alta diagnostica, le terapie devono essere preventivamente liquidate nell'alta diagnostica e, in caso di esaurimento del massimale, su quello delle altre garanzie in base allo specifico evento, ad eccezione delle terapie attinenti alle patologie oncologiche (Chemioterapia, Cobaltoterapia, Radioterapia) che dovranno essere liquidate in prima fase nell'ambito delle Cure Oncologiche, e solamente una volta esaurito il massimale in ambito dell'Alta Diagnostica.

C) ACQUISTO PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale in **Euro 1.000,00** per anno assicurativo e per nucleo assicurato.

Per tale garanzia si applicherà uno scoperto **del 20%** con il minimo di **Euro 70,00** per fattura a persona.

D) VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO

In caso di visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio la Società rimborsa le spese sostenute, purché pertinenti all'evento denunciato, per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'albo;
- noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- accertamenti diagnostici e di laboratorio prescritti dal Medico curante;
- agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- infiltrazioni con farmaco effettuate da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- chiropratica;
- logopedia;
- osteopatia;
- cure termali;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di Euro 52,00 giornaliera.

In merito ai trattamenti fisioterapici e rieducativi normati alla lett. D) VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO delle Polizza BASE e GOLD, nonché per chiropratica, osteopatia e logopedia, devono essere prescritti da medici regolarmente iscritti all'albo – o il medico “di base” o uno specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata – e effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Per l'attivazione della garanzia è sempre necessaria la prescrizione medica con il relativo quesito diagnostico.

La garanzia di cui al presente articolo, è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati in **Euro 740,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Per visite, accertamenti diagnostici e di laboratorio si applicherà una franchigia di **Euro 50,00** per prestazione in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 30%** con il minimo di **Euro 80,00** per prestazione in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

Per altre prestazioni si applicherà una franchigia di **Euro 40,00** per prestazione/ciclo di terapie in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 30%** con il minimo di **Euro 60,00** per prestazione/ciclo di terapie in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

E) CURE ONCOLOGICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino alla concorrenza del massimale di **Euro 3.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

F) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese:

- per cure odontoiatriche ed ortodontiche comprese visite ed esami radiologici;
- per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche.

Fino alla concorrenza del massimale indicato in **Euro 300,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto **del 25%** con il minimo di **Euro 150,00** per autorizzazione/presa in carico in caso di utilizzo della rete convenzionata per , e uno scoperto **del 40%** con il minimo di **Euro 200,00** per fattura/persona in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

Lo scoperto minimo va applicato per autorizzazione/presa in carico e quindi per l'insieme delle prestazioni comprese nel medesimo piano di cura.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

A Parziale deroga dell'art. 1) Esclusioni si intende compresa anche l'igiene orale con ablazione del tartaro con il sottolimito di **Euro 50,00** per persona e senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

G) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa le spese sostenute per cure e protesi dentarie esclusivamente dovute ad infortunio, purché l'infortunio stesso sia documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso.

L'infortunio, in questo caso, deve essere comprovato da certificazione di Pronto Soccorso o di altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, e di eventuale ulteriore documentazione clinica comprovante il trauma (foto/rx, esami strumentali).

La suindicata garanzia s'intende prestata fino alla concorrenza del massimale di **Euro 1.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare e con applicazione dello scoperto **del 30%**.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

H) MEDICINA PREVENTIVA

La Società rimborsa le seguenti spese, sostenute a scopo preventivo:

Uomo: esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT,

gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, PSA e PSA free, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;

Donna: esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, visita ginecologica, pap test, mammografia, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;

fino alla concorrenza del massimale indicato in **Euro 100,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per tale garanzia si applicherà una franchigia di **Euro 35,00** per prestazione/ciclo, in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 25%** con il minimo di **Euro 50,00** per fattura in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

Si precisa che le prestazioni possono essere effettuate anche singolarmente e non in unica soluzione.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

I) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE/LTC

La Società garantisce ad ogni Assicurato l'erogazione di un indennizzo una tantum (quindi corrisposto una sola volta) pari a **Euro 5.000,00** nel momento in cui l'Assicurato si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza e durante il periodo di copertura della polizza, in uno stato di non autosufficienza permanente nel compiere almeno uno dei sei atti elementari della vita quotidiana, così definiti:

a) Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radarsi, pettinarsi, lavarsi i denti);

b) Vestirsi e svestirsi: la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente. Il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non viene considerato incapacità di vestirsi;

c) Andare al bagno e usarlo: la capacità di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale anche con l'impiego di ausili e di indumenti specifici, purché utilizzati in modo autonomo;

d) Spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici, purché utilizzati in modo autonomo;

e) Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire;

f) Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali (orinare ed evacuare).

L) LENTI ED OCCHIALI

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti, occhiali, occhiali da sole con lenti graduate, lenti a contatto (anche quelle giornaliere), per modifica visus o per prima prescrizione fornita da medico oculista o da una certificazione dell'ottico optometrista, fino a concorrenza della somma di **Euro 75,00** da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo.

Il rimborso viene effettuato previa applicazione di uno scoperto a carico dell'assicurato nella misura **del 25%**.

La presente polizza prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato a seguito di Malattia o Infortunisto, per le seguenti prestazioni sanitarie:

A) OSPEDALIERE

1. In caso di ricovero per Grande intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura così come Indicato nell'apposito allegato 2, fino alla concorrenza di un massimale di Euro 200.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici) effettuati nei 90 giorni precedenti e relativi all'intervento stesso;
- per gli onorari del Chirurgo, dell' Aiuto, dell' Assistente, dell' Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- per i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per i medicinali, per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- per rette di degenza;
- per le spese rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero per: esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero (anche se tale termine dovesse superare la data di scadenza del contratto).

Per tale garanzia si applicherà una franchigia di **Euro 1.500,00** per evento in caso di utilizzo della rete convenzionata, e **uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 2.000,00** per evento in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto

2. In caso di ricovero con o senza intervento (diverso da grandi interventi), day hospital, interventi ambulatoriali, fino alla concorrenza di un massimale di Euro 100.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare:

- gli onorari del Chirurgo, dell' Aiuto, dell' Assistente, dell' Anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, materiale di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- l'assistenza medica ed infermieristica, cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi conseguenti all'intervento ed effettuati durante il periodo di ricovero, medicinali ed esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari dei medici), onorari medici per visite specialistiche, esami effettuati in Istituto di cura o ambulatorio nei 90 giorni precedenti il ricovero;
- onorari medici per visite specialistiche, esami, acquisto di medicinali e prodotti omeopatici, prestazioni mediche chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi,

noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese carrozzelle ortopediche, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati in Istituto di cura o ambulatorio nei 120 giorni successivi al ricovero (anche se tale termine dovesse andare oltre la data di scadenza del contratto).

In caso di ricovero con o senza intervento (diverso da grandi interventi), si applicherà **una franchigia di Euro 1.500,00** per evento in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 25%** con il minimo di **Euro 2.000,00** per evento in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di interventi ambulatoriali/day hospital si applicherà uno scoperto del **20% col minimo di Euro 500** per evento in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 30%** con il minimo di **Euro 750,00** per evento in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto

3. Trasporto dell'assicurato

Per il trasporto dell'Assicurato dal domicilio e/o residenza all'Istituto di cura e viceversa, a mezzo ambulanza, treno o aereo fino ad un massimo di **Euro 1.100,00 in Italia ed Euro 2.000,00 all'estero** per anno e per nucleo familiare;

4. Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore

In Istituto di cura, o in struttura alberghiera in caso di indisponibilità dell'Istituto di cura, vitto e pernottamento di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza di **Euro 60,00** giornaliera e con il limite massimo di **30 giorni** per ciascun anno assicurativo. In caso d'indisponibilità del pernottamento presso l'Istituto di cura saranno rimborsate (nei limiti previsti) le spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore presso strutture alberghiere previa dichiarazione del medico attestante la necessità dell'assistenza al malato e dichiarazione d'indisponibilità del pernottamento da parte dell'Istituto di cura.

5. Rimpatrio salma

In caso di decesso avvenuto all'Estero a seguito di ricovero effettuato in Istituto di cura vengono indennizzate le spese per il rimpatrio della salma con il limite di **Euro 2.000,00** (massimale autonomo) per anno e per nucleo familiare.

6. Spese funerarie

In caso di decesso avvenuto in Italia a seguito di ricovero effettuato in Istituto di cura indennizzabile a termini di polizza, è previsto un massimale per le spese funerarie pari a **Euro 2.500,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare, all'interno della garanzia di cui alla lettera A) - OSPEDALIERE.

7. Indennità sostitutiva

La Società corrisponde un'indennità di **Euro 100,00** per ogni giorno di ricovero per intervento in Ospedale e/o Casa di cura, con il massimo di **100 giorni** per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

B) ALTA DIAGNOSTICA

la Società rimborsa le spese per le prestazioni sanitarie e specialistiche che seguono, stabilendo pertanto che le stesse vengono escluse dalle prestazioni di cui all'art. D delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- chemioterapia
- radioterapia
- cobaltoterapia
- dialisi
- doppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- laserterapia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- TAC
- telecuore
- diagnostica radiologica
- ecografia
- ecocardiografia
- mammografia
- tecarterapia
- onde d'urto
- PET
- tutti gli esami endoscopici con e senza biopsia
- ago aspirato
- amniocentesi/villocentesi/test genetici pre-natali non invasive su DNA fetale (es. pre-natal safe/harmony test) - (per donne con età \geq 35 anni senza prescrizione medica, per donne con età $<$ 35 solo nel caso di sospetta patologia della gestante o del feto).

Per l'attivazione della garanzia è sempre necessaria la prescrizione medica con il relativo quesito diagnostico.

La garanzia di cui al presente articolo viene accordata sino ad un massimo di **Euro 5.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Per tale garanzia si applicherà una franchigia di **Euro 50,00** per prestazione/ciclo di terapia in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 25%** con il minimo di **Euro 70,00** per prestazione/ciclo di terapia in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

C) ACQUISTO PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche con il limite di massimale in **Euro 1.000,00** per anno assicurativo e per nucleo assicurato.

Per tale garanzia si applicherà uno **scoperto 25% e minimo 25.00 €** per fattura a persona in caso di non utilizzo di rete convenzionata.

D) VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO

In caso di visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio la Società rimborsa le spese sostenute, purché pertinenti all'evento denunciato, per:

- onorari medici per visite specialistiche, purché gli specialisti siano regolarmente iscritti all'albo dei medici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, purché prescritti da medici regolarmente iscritti all'albo;
- noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- accertamenti diagnostici e di laboratorio prescritti dal Medico curante;
- agopuntura ed elettro-agopuntura, purché praticati da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- infiltrazioni con farmaco effettuate da Medici regolarmente iscritti all'albo;
- chiropratica;
- logopedia;
- osteopatia;
- cure termali;
- per assistenza infermieristica a domicilio prescritta dal Medico curante, con il limite di Euro 52,00 giornaliera.

Per l'attivazione della garanzia è sempre necessaria la prescrizione medica con il relativo quesito diagnostico.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza dei massimali indicati in **Euro 1.300,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Per visite, accertamenti diagnostici e di laboratorio si applicherà una franchigia di **Euro 40,00** per prestazione in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 25%** con il minimo di **Euro 65,00** per prestazione in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

Per altre prestazioni si applicherà una franchigia di **Euro 35,00** per prestazione/ciclo di terapie in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 25%** con il minimo di **Euro 50,00** per prestazione/ciclo di terapie in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

E) CURE ONCOLOGICHE

la Società rimborsa le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica fino alla concorrenza del massimale di **Euro 6.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

F) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese:

- per cure odontoiatriche ed ortodontiche comprese visite ed esami radiologici.
- per acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche;

fino alla concorrenza del massimale indicato in **Euro 1.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto **del 15%** con il minimo di **Euro 100,00** per autorizzazione/presa in carico in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 40%** con il minimo di **Euro 150,00** per fattura/persona in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

A parziale deroga dell'art. 1) Esclusioni si intende compresa anche l'igiene orale con ablazione del tartaro con il sottolimito di **Euro 50,00** per persona e senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

G) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa le spese sostenute per cure e protesi dentarie esclusivamente dovute ad infortunio, purché l'infortunio stesso sia documentato da certificazione della struttura di Pronto Soccorso o altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso.

L'infortunio, in questo caso, deve essere comprovato da certificazione di Pronto Soccorso o di altra analoga struttura ospedaliera cui si sia fatto immediato ricorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, e di eventuale ulteriore documentazione clinica comprovante il trauma (foto/rx, esami strumentali).

La suindicata garanzia s'intende prestata fino alla concorrenza del massimale di **Euro 1.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare e con applicazione dello scoperto **del 30%**.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

H) MEDICINA PREVENTIVA

La Società rimborsa le seguenti spese, sostenute a scopo preventivo:

Uomo: esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, PSA e PSA free, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;

Donna: esami del sangue - emocromo con formula leucocitaria, colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, VES, azotemia (urea), acido urico, creatinina, transaminasi GPT e GOT, gamma GT, fosfatasi alcalina, sodio, potassio, bilirubina totale e frazionata, elettroforesi/proteine - urine completo, visita ginecologica, pap test, mammografia, elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;

fino alla concorrenza del massimale indicato in **Euro 350,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Per tale garanzia si applicherà uno scoperto del **10%** per prestazione/ciclo in caso di utilizzo della rete convenzionata, e uno scoperto **del 25%** con il minimo di **Euro 25,00** per fattura in caso di non utilizzo della rete convenzionata.

Si precisa che le prestazioni possono essere effettuate anche singolarmente e non in unica soluzione.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i relativi ticket saranno pagati senza applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto.

I) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE/LTC

La Società garantisce ad ogni Assicurato l'erogazione di un indennizzo una tantum (quindi corrisposto una sola volta) pari a **Euro 5.000,00** nel momento in cui l'Assicurato si trovi, in un momento successivo alla data di decorrenza della polizza e durante il periodo di copertura della polizza, in uno stato di non autosufficienza permanente nel compiere almeno uno dei sei atti elementari della vita quotidiana, così definite:

a) *Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca da bagno o nella doccia, la capacità di lavare in modo soddisfacente la parte superiore e inferiore del corpo in altro modo (radersi, pettinarsi, lavarsi i denti);*

b) *Vestirsi e svestirsi: la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente. Il solo handicap di allacciarsi le scarpe o il solo fatto di non potere indossare o togliere le calze non viene considerato incapacità di vestirsi;*

c) *Andare al bagno e usarlo: la capacità di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale anche con l'impiego di ausili e di indumenti specifici, purché utilizzati in modo autonomo;*

d) *Spostarsi: la capacità di sedersi e di alzarsi da una sedia, di coricarsi e di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e viceversa, anche con l'aiuto di ausili specifici, purché utilizzati in modo autonomo;*

e) *Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire;*

f) *Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali (orinare ed evacuare).*

L) LENTI ED OCCHIALI

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti, occhiali, occhiali da sole con lenti graduate, lenti a contatto (anche quelle giornaliere), per modifica visus o per prima prescrizione fornita da medico oculista o da una certificazione dell'ottico optometrista, fino a concorrenza della somma di **Euro 75,00** da considerarsi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo.

ALLEGATO 2 – ELENCO GRANDI INTERVENTI

CHIRURGIA GENERALE

Cranio

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali

Faccia e Bocca

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare

Collo

- Paratiroidectomia (tipica o atipica)
- Linfadenectomia radicale latero cervicale monolaterale
- Dissezione radicale del collo
- Parotidectomia con conservazione del nervo facciale
- Reinterventi di paratiroidectomia
- Tiroidectomia totale
- Reinterventi sulla tiroide
- Plastiche e resezioni tracheali
- Chirurgia delle fistole tracheo esofagee

Mediastino

- Timectomia (per via transternale, transtoracica, cervicale)
- Asportazione chirurgica di cisti o tumori del mediastino (compresi i gozzi endotoracici)
- Interventi sul dotto toracico

Mammella

- Mastectomia radicale (Halsted - Madden - Patey) con linfadenectomia

Torace

- Pleurectomia
- Interventi per tumori delle coste e/o della sterno (esclusi eventuali materiali protesici)
- Decorticazione polmonare
- Trattamento chirurgico di cisti polmonari
- Broncotomie
- Trattamento dei traumi toracici con lesioni viscerali
- Pleurectomie per tumori mesoteliali
- Pneumonectomie
- Lobectomie e bilobectomie
- Resezioni segmentarie o atipiche (sleeve, wedge, ecc.)
- Toracopleurolobectomie
- Fistole esofago-tracheali o esofago-bronchiali
- Fistole postoperatorie, post lobectomia e post pneumonectomia

Esofago

- Trattamento chirurgico del megaesofago (compresa plastica antireflusso)
- Trattamento chirurgico delle ernie iatali e del reflusso gastro-esofageo
- Trattamento chirurgico dei diverticoli esofagei
- Trattamento chirurgico dei tumori benigni all'esofago
- Trattamento chirurgico dei tumori maligni all'esofago
- Trattamento chirurgico delle fistole aerodigestive acquisite
- Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Trattamento chirurgico dei tumori cardiaci

- Intervento di deconnessione azygos-portale

Stomaco - Duodeno

- Resezione duodenogastrica con linfadenectomia
- Degastroresezione
- Gastrectomia totale
- Interventi di riconversione per dumping syndrome

Digiuno e Ileo (Intestino tenue)

- Interventi per diverticoli del duodeno
- Derotazione intestinale

Colon - Retto - Ana

- Interventi per incontinenza anale
- Emicolectomia destra (compresa linfadenectomia)
- Emicolectomia sinistra (compresa linfadenectomia)
- Colectomie del trasverso (compresa linfadenectomia e colostomia)
- Colectomia totale con ileostomia
- Resezione retto-colica anteriore (con linfadenectomia)
- Interventi di amputazione del retto per via perineale, posteriore, addomino perineale e addomino posteriore (compresa colostomia)
- Colectomia totale con ileorettostomia
- Procto-retto-colectomia totale con pouch ileale

Peritoneo

- Exeresi di tumori retroperitoneali

Fegato e vie biliari

- Drenaggio di ascessi epatici e cisti d'echinococco
- Colectomia per via laparoscopica
- Interventi sulla papilla per via transduodenale +/-colectomia
- Coledocotomia e coledocolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colectomia)
- Epaticotomia e epaticolitotomia +/- drenaggio biliare (+ colectomia)
- Anastomosi coledoco digestive +/- colectomia
- Anastomosi epaticodigestive +/- colectomia
- Resezioni epatiche minori
- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per calcolosi intraepatica
- Derivazioni porto-sistemiche
- Reinterventi sulle vie biliari

Pancreas - Milza

- Duodeno cefalopancreasectomia
- Pancreatectomia sinistra
- Pancreatectomia totale
- Interventi di exeresi della papilla Water
- Derivazioni pancreatico-wirsung-digestive
- Interventi conservativi per pancreatite acuta
- Interventi demolitivi per pancreatite acuta
- Trattamento chirurgico di cisti pancreatiche
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi per tumori del pancreas endocrino

CHIRURGIA VASCOLARE

Venosa

- Terapia chirurgica nella patologia della vena cava superiore ed inferiore

Arteriosa

- Endoarteriectomia o altro intervento chirurgico dei vasi del collo
- Chirurgia delle fistole artero-venose acquisite di viso, collo, torace
- Chirurgia di tumori glomici carotidei
- Chirurgia degli aneurismi dei tronchi epiaortici
- Chirurgia degli aneurismi delle arterie viscerali
- Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie viscerali
- Chirurgia delle embolie e/o trombosi delle arterie renali
- Chirurgia dei tronchi epiaortici
- Chirurgia delle obliterazioni croniche dell'asse arto-iliaco, femoro-popliteo e tibiale
- Reinterventi precoci e tardivi in chirurgia vascolare ricostruttiva
- Trattamento chirurgico dell'ipertensione nefrovascolare
- Trattamento chirurgico delle lesioni traumatiche dell'aorta e dei suoi rami
- Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta addominale
- Trattamento chirurgico degli aneurismi dell'aorta toracica e toraco-addominale

CARDIOLOGIA

Cardiochirurgia

- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Sostituzione di valvola singola
- Sostituzione di valvola doppia o multipla o sostituzione valvolare + plastica valvolare
- Sostituzione di valvola singola con by-pass aorto coronarico in CEC
- Intervento di plastica valvolare
- By-pass aorto-coronarico unico
- By-pass aorto-coronarico multiplo
- By-pass aorto-coronarico senza CEC in minitoracotomia
- By-pass aorto-coronarico senza CEC
- Intervento per aneurisma dell'aorta ascendente
- Intervento per dissecazione dell'aorta ascendente
- Intervento per aneurisma dell'aorta ascendente con sostituzione valvolare
- Intervento per aneurisma o dissecazione dell'aorta discendente toracica
- Intervento per aneurisma o dissecazione dell'arco aortico
- Correzione di difetto interatriale
- Correzione di difetto interventricolare
- Intervento per pervietà del dotto di Botallo
- Intervento per coartazione aortica
- Intervento per cardiopatie congenite semplici
- Intervento per ferite o corpi estranei o tumori del cuore
- Pericardiectomia parziale o totale
- Reintervento in CEC per by-pass o sostituzione di valvola
- Intervento in CEC nel paziente anziano (età superiore a 70 anni)

UROLOGIA

Interventi chirurgici

- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Pielocalicolitotomia
- Pielolitotomia in rene malformato
- Pieloureteroplastica
- Surrenalectomia

Uretere

- Ureterocistoneostomia
- Ureterosigmoidostomia
- Ureteroileonastomosi

Vescica

- Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia
- Cistectomia totale con derivazione urinaria
- Derivazione neourinaria escludente (senza cistectomia)
- Neovesica con segmento intestinale
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale o vescico-intestinale
- Plastica antireflusso monolaterale
- Plastica antireflusso bilaterale

Prostata

- Prostatectomia radicale con linfadenectomia

Uretra

- Uretrostomia perineale

Apparato genitale maschile

- Rivascolarizzazione del pene per impotenza vasculogenica
- Raddrizzamento di pene con protesi (protesi esclusa)
- Emasculazione
- Amputazione totale del pene con linfadenectomia
- Linfadenectomia per tumore del testicolo

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Vulva

- Vulvectomia allargata con linfadenectomia

Vagina

- Interventi per creazione di vagina artificiale
- Interventi per fistole retto-vaginale
- Interventi radicali per tumori della vagina
- Exenteratio pelvica

Utero

- Laparo-istero-annessiectomia con linfadenectomia
- Istero-annessiectomia per via vaginale

Annessi

- Interventi sulle tube in microchirurgia

Interventi in laparoscopia pelvica

- Isterectomia + annessiectomia mono o bilaterale

Ostetricia

- Taglio cesareo conservativo per parto gemellare
- Taglio cesareo demolitivo
- Trattamento d'urgenza per rottura dell'utero

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi cruenti:

Osteotomie

- Bacino, anca

Osteosintesi

- Omero, femore, tibia (se frattura articolare)
- Bacino

Riduzione cruenta lussazione

- Grandi articolazioni
- Colonna vertebrale

Trattamento cruento dei tumori ossei

- Colonna vertebrale, bacino

Interventi in artroscopia

- Ricostruzione legamentosa +/- prelievo legamentoso tendineo

Disarticolazioni

- Interscapolo-toracica
- Emipelvectomia

Simpatico e Vago

- Intervento associato sui simpatico toracico e sui nervi splancnici

Nervi

- Trapianti, innesti ed altre operazioni plastico-ricostruttive
- Anastomosi spino-facciale
- Intervento sul plesso brachiale

CHIRURGIA PEDIATRICA

Interventi Addominali

- Duodeno digiunostomia
- Anastomosi intestinale
- Asportazione diverticolo di Meckel

- Escissione e duplicazione intestinale
- Riduzione invaginazione intestinale
- Riduzione volvolo intestinale
- Colectomia
- Resezione addominoperineale
- Epato-digiuno-porto-stomia (Intervento di Kasai)
- Asportazione neoplastica addominale
- Erniorrafia diaframmatica
- Plastica per onfalocele
- Trattamento chirurgico della atresia anale

Operazioni Toraciche

- Trattamento chirurgico della atresia esofagea (se in un tempo)
- Trattamento chirurgico della atresia esofagea (se in due o più tempi)
- Chiusura fistola tracheoesofagea
- Trattamento chirurgico di duplicazione esofagea
- Timectomia
- Asportazione cisti polmonare
- Asportazione tumore polmonare
- Lobectomia
- Pneumonectomia
- Sezione anello vascolare

Interventi Urologici

- Nefrectomia
- Plastica stenosi giunto-pielo-ureterale
- Ureterosigmoidostomia
- Escissione ureterocele
- Reimpianto utero-vescicale
- Cistectomia

Interventi Ginecologici

- Asportazione cisti ovariche
- Intervento per fistola retto-vaginale
- Creazione neovagina
- Vaginoplastica perineale

Varie

- Asportazione tumore sacrococcigeo

QUADRO DI RIEPILOGO - POLIZZA BASE

Massimali, scoperti, franchigie e sottolimiti di risarcimento

	Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per nucleo
AREA RICOVERO	Ricovero per Grande intervento	<p>Euro 200.000,00</p> <p>In rete: scoperto 20% col minimo di Euro 2.000,00 Fuori rete: scoperto 25% col minimo di Euro 3.000,00</p> <p>Pre/post: 90 gg/ 120 gg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ticket rimborsabili al 100%
	Ricovero con o senza intervento (diverso da grandi interventi), day hospital, interventi ambulatoriali:	<p>Euro 50.000,00</p> <p>In rete: scoperto 20% minimo di Euro 2.000 per evento Fuori rete: scoperto 30% col minimo di Euro 3.000,00 per evento</p> <p>In caso di interventi ambulatoriali/day hospital: In rete: scoperto 20% minimo Euro 600 per evento Fuori rete: scoperto 30% minimo Euro 850 per evento</p> <p>Pre/post: 90 gg/ 120 gg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ticket: 100%
	Trasporto dell'assistito	<p>Sottolimito spese trasporto Italia Euro 1.100,00 Esteri Euro 2.000,00</p>
	Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore:	<p>Sottolimito spese accompagnatore Euro 60,00 al giorno col massimo di 30 gg</p>
	Rimpatrio salma	Euro 1.600,00
	Indennità sostitutiva:	Euro 100,00 al giorno massimo 100 gg

	Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per nucleo
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	Alta Diagnostica:	<p>Euro 2.000,00</p> <p>In rete: scoperto 20% col minimo di Euro 60,00 per prestazione /ciclo di terapia Fuori rete: scoperto 35% col minimo di Euro 80,00 per prestazione /ciclo di terapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ticket rimborsabili al 100%
	Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio – inclusi trattamenti fisioterapici e riabilitativi:	<p>Euro 740,00</p> <p>In rete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visite, accertamenti diagnostici e di laboratorio: franchigia Euro 50,00 per prestazione; • altre prestazioni: franchigia Euro 40,00 per per prestazione/ciclo di terapia <p>Rimborso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visite, accertamenti diagnostici e di laboratorio: scoperto 30% e minimo Euro 80,00 per fattura a persona • altre prestazioni: scoperto 30% e minimo Euro 60,00 per per prestazione/ciclo di terapia <p>Ticket: 100%</p> <p>Assistenza infermieristica domiciliare (sub-massimale): Euro 52,00 al giorno</p>
	Cure Oncologiche:	Euro 3.000,00
	Cure e protesi dentarie:	<p>Euro 300,00</p> <p>In rete: scoperto 25% minimo Euro 150,00 per fattura a persona</p> <p>Fuori rete: scoperto 40% minimo Euro 200,00 per fattura a persona</p> <p>Ticket: 100%</p>
	Cure dentarie da infortunio:	<p>Euro 1.000,00</p> <p>Scoperto 30%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ticket rimborsabili al 100%
	Igiene orale:	Euro 50,00 nell'ambito del massimale Cure dentarie. Franchigia nessuna

	Acquisto di protesi ortopediche ed acustiche:	Euro 1.000,00 scoperto 20% minimo Euro 70,00 per fattura a persona
	Lenti ed occhiali:	Euro 75,00 Scoperto 25%
PREVENZIONE	Medicina Preventiva:	Euro 100,00 nucleo In rete: franchigia Euro 35,00 fuori rete: 25% col minimo di Euro 50,00 • Ticket rimborsabili al 100%
LTC	Stato di non autosufficienza consolidata "LTC":	Massimale una tantum Euro 5.000,00

QUADRO DI RIEPILOGO - POLIZZA GOLD

Massimali, scoperti, franchigie e sottolimiti di risarcimento

	Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per nucleo
AREA RICOVERO	Ricovero per Grande intervento:	<p>Euro 200.000,00</p> <p>In rete: franchigia Euro 1.500,00 Fuori rete: scoperto 20% col minimo di Euro 2.000,00</p> <p>Pre/post: 90 gg/ 120 gg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ticket rimborsabili al 100%
	Ricovero con o senza intervento (diverso da grandi interventi), day hospital, interventi ambulatoriali:	<p>Euro 100.000,00</p> <p>In rete: franchigia Euro 1.500,00 Fuori rete: scoperto 25% col minimo di Euro 2.000,00</p> <p>In caso di interventi ambulatoriali/day hospital: In rete: scoperto 20% minimo Euro 500,00 Fuori rete: scoperto 30% minimo Euro 750,00</p> <p>Pre/post: 90 gg/ 120 gg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ticket: 100%
	Trasporto dell'assistito:	<p>Sottolimito spese trasporto Italia Euro 1.100,00 Esteri Euro 2.000,00</p>
	Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore:	<p>Sottolimito spese accompagnatore Euro 60,00 al giorno col massimo di 30 gg</p>
	Rimpatrio salma:	Euro 2.000,00
	Spese funerarie:	Euro 2.500,00
	Indennità sostitutiva:	Euro 100,00 al giorno massimo 100 gg

	Prestazioni sanitarie assicurate	Massimali per nucleo
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	Alta Diagnostica:	<p>Euro 5.000,00</p> <p>In rete: franchigia Euro 50,00 per prestazione /ciclo di terapia Fuori rete: scoperto 25% col minimo di Euro 70,00 per prestazione /ciclo di terapia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ticket rimborsabili al 100%
	Visite specialistiche ed esami diagnostici e di laboratorio – inclusi trattamenti fisioterapici e riabilitativi:	<p>Euro 1.300,00</p> <p>In rete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visite, accertamenti diagnostici e di laboratorio: franchigia Euro 40,00 per prestazione; • altre prestazioni: franchigia Euro 35,00 per prestazione/ciclo di terapia <p>Fuori rete:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visite, accertamenti diagnostici e di laboratorio: scoperto 25% e minimo Euro 65,00 per fattura a persona • altre prestazioni: scoperto 25% e minimo Euro 50,00 per per prestazione/ciclo di terapia <p>Ticket: 100%</p> <p>Assistenza infermieristica domiciliare (sub-massimale): Euro 52,00 al giorno</p>
	Cure Oncologiche:	Euro 6.000,00
	Cure e protesi dentarie:	<p>Euro 1.000,00</p> <p>In rete: scoperto 15% minimo 100,00 € per fattura a persona</p> <p>Fuori rete: scoperto 40% minimo 150,00 € per fattura a persona</p> <p>Ticket: 100%</p>
	Cure dentarie da infortunio:	<p>Euro 1.000,00</p> <p>Scoperto 30%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ticket rimborsabili al 100%
	Igiene orale:	Euro 50,00 nell'ambito del massimale Cure dentarie. Franchigia nessuna

	Acquisto di protesi ortopediche ed acustiche:	Euro 1.000,00 scoperto 25% minimo Euro 25,00 per fattura a persona
	Lenti ed Occhiali:	Euro 75,00
PREVENZIONE	Medicina Preventiva:	Euro 350,00 nucleo In rete: scoperto 10% fuori rete: 25% col minimo di Euro 25,00 • Ticket rimborsabili al 100%
LTC	Stato di non autosufficienza consolidata "LTC"	Massimale una tantum Euro 5.000,00

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

Massimiliano Dalla Via
Amministratore Delegato e Direttore Generale
(Firmato Digitalmente)

Cassa Salute

Alessandro Viale
Amministratore Delegato
(Firmato Digitalmente)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com

www.intesasanpaoloprotezione.com

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

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

dpo@intesasanpaoloprotezione.com

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



3. QUALI DATI PERSONALI TRATTIAMO?

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

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

Inoltre, per le sole polizze Motor, trattiamo:

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

4. PERCHÉ TI CHEDIAMO DI FORNIRCI I TUOI DATI?

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

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

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

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

I dati che trattiamo possono avere provenienza:

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Possono essere destinatari dei tuoi dati:

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



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

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

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

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

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

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

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

9. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I TUOI DATI?

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

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



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

10. QUALI SONO I TUOI DIRITTI?

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

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

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

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

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