

**NOMENCLATORE DEL PIANO  
SANITARIO PREVISALUTE  
FONDO SANITARIO APERTO  
Piano Sanitario Soci e  
Correntisti delle Banche  
aderenti ad Assicura Agenzia  
s.r.l. e i clienti di Assicura  
Agenzia s.r.l.  
INDENNITARIO  
Aderente alla Convenzione  
100882**

**PREVISALUTE**

Fondo Sanitario Aperto

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - C.F.:

94150010265

## SOMMARIO

---

Nomenclatore da pag. 1 a pag. 30:

- **Premessa** da pag. 1
- **Glossario** da pag. 2
- **Capitolo 1 – Condizioni del Piano sanitario** - da pag. 6
- **Capitolo 2 – Prestazioni del Piano sanitario** - da pag. 11
- **Capitolo 3 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 18
- **Capitolo 4 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 21
- **Capitolo 5 – Comfortsalute** – da pag. 29

## ALLEGATI

---

- Scheda riassuntiva
- Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- Gravi Patologie
- Domanda di riconoscimento della perdita di autosufficienza
- Livelli di indennizzo LTC
- Tariffario odontoiatrico
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)

## **PREMESSA**

---

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

## GLOSSARIO

---

Il Glossario è parte integrante e sostanziale del presente documento.

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

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

**Assistenza diretta:** regime per cui l'Assistito

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

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

**Assistito o Beneficiario delle prestazioni:** i beneficiari del Piano sanitario Assicura Indennitario.

Tutti gli Assistiti devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale.

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

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

**Centrale operativa:** struttura individuata per:

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

**Centro medico:** struttura, anche non adibita al ricovero,

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

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

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

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

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

**Difetto fisico:** alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

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

**Evento e Data Evento:**

- **Prestazioni ospedaliere/Interventi chirurgici odontoiatrici:** singolo ricovero, (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post e, per gli interventi chirurgici odontoiatrici, implantologia post-chirurgica).  
Data evento: data del ricovero.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.  
Data evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento

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

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

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

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

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

Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.

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

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

- o fuori dall'orario di lavoro

- o in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- o per scelta del paziente.

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

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

Non sono Istituto di cura:

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

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

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

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

**Malattia Mentale:** le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS<sup>1</sup>).

**Massimale:** importo massimo indennizzabile, per evento e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso.

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

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

**Network:** rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri

---

<sup>1</sup> Si può leggere nel sito del Ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)).

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

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di durata del Piano sanitario. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet [www.previsalute.it](http://www.previsalute.it) o nell'App mobile.

**Nomenclatore:** il presente documento.

**Nucleo familiare:** titolare, coniuge/convivente more uxorio o la persona unita civilmente<sup>2</sup>, i figli legittimi anche non fiscalmente a carico.

Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati.

**Parti:** l'Associato e Previsalute.

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

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

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

**Ricovero:** degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

**Ricovero improprio:** la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

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

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

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

**Sindrome influenzale di natura pandemica:** sindrome influenzale, causata da patogeno nuovo verso il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e interessa intere collettività in molte aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e

---

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

una mortalità elevata e che riguarda un patogeno infettivo che causa malattie respiratorie di gravità variabile.

Si riportano degli esempi: SARS-Cov, Sars-Cov2, Mers-Cov, CoViD-19.

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

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

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

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

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

## CAPITOLO 1 - CONDIZIONI DEL PIANO SANITARIO

### Art. 1. Oggetto delle prestazioni riconosciute dal Piano sanitario

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

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

Massimali, limiti, Franchigie, Scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati in questo Nomenclatore, nella spiegazione delle singole prestazioni, nell'allegato 1 "Schede riassuntive" e nell'allegato 6 "Tariffario Odontoiatrico".

### Art. 2. Modalità di erogazione delle prestazioni

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

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

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

### **Art. 3. Carenza contrattuale**

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

La copertura decorre:

- dal momento di decorrenza della copertura per gli infortuni, le cure dentarie la copertura pandemica
- dal 30° giorno successivo alla decorrenza della copertura, per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia
- dal 90° giorno successivo alla decorrenza della copertura, per le prestazioni di non autosufficienza

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

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

Quanto suddetto vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

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

#### **4.1 Decorrenza**

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

- dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo a quello di sottoscrizione del Piano Sanitario, salvo buon fine (SBF) dell'incasso o della rata di premio;
- dalla nascita, per i figli legittimi, purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché il piano sia già attivo e corrisposto il Contributo per Nucleo familiare

La scadenza dell'adesione al Piano Sanitario è al 01/01

#### **4.2 Contributo**

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

Posto che la scadenza del Piano sanitario è prevista al 01/01, il pagamento del Contributo per il solo primo anno è determinato in base ai mesi effettivi di copertura.

L'ammontare del Contributo varia a seconda della scelta effettuata dal Titolare in merito alle opzioni e ai soggetti da inserire nel Piano sanitario (il solo Titolare oppure anche il suo Nucleo familiare).

Pur essendo annuo e indivisibile, il Contributo deve essere versato in anticipo o in alternativa in rate mensili, come riportato sul Modulo di adesione al Piano sanitario.

È versato dall'Associato alla Società di Mutuo Soccorso con addebito su c/c.

#### **4.3 Tacito rinnovo e disdetta**

La durata del Piano Sanitario è automaticamente prorogata di un anno e così per le successive scadenze, salvo il caso in cui:

- una delle Parti non dia disdetta al Piano sanitario mediante raccomandata o PEC entro 60 giorni dalla scadenza originaria o prorogata; l'Associato dovrà inviare una raccomandata all'indirizzo Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia - Mestre (VE) o una PEC all'indirizzo Società di Mutuo Soccorso salute@twcert.it
- sia rinnovata la Polizza

In questi i casi, il Piano Sanitario cessa alle ore 24:00 dell'ultimo giorno della sua durata annuale originaria.

La disdetta al Piano sanitario comporta altresì il venir meno all'adesione della copertura.

#### **Art. 5. Dati anagrafici**

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

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

##### **6.1 Inclusione di Familiari in corso d'anno**

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

Tale inclusioni devono essere comunicate **entro 30 giorni** dalla nascita. La copertura opera dalla data della nascita. Se la comunicazione avviene oltre i 30 giorni dalla nascita, la decorrenza è prevista a partire dall'01.01 dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la comunicazione.

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

##### **6.2 Esclusioni di Assistiti in corso d'anno**

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

##### **6.3 Categorie beneficiarie del Piano sanitario**

Assumono la qualifica di Beneficiari delle prestazioni le persone fisiche aderenti alla Società di Mutuo Soccorso ossia soci e/o correntisti, titolari e/o contitolari di contratti bancari stipulati con delle Banche aderenti ad Assicura Agenzia S.r.l. e clienti di Assicura Agenzia

s.r.l. associati a PREVISALUTE e relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare a fronte del versamento di un Contributo aggiuntivo.

#### **Art. 7. Estensione Territoriale**

Il Piano sanitario vale in tutto il mondo.

#### **Art. 8. Obblighi di consegna dei documenti da parte della Società di Mutuo Soccorso all'Assistito**

La Società di Mutuo Soccorso deve consegnare all'Assistito:

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

#### **Art. 9 Altre assicurazioni/coperture**

L'Assistito deve comunicare a Previsalute e a Intesa Sanpaolo RBM Salute se ha stipulato o stipula altre coperture per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, Intesa Sanpaolo RBM Salute non è tenuta a pagare l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri<sup>3</sup>, anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento<sup>4</sup>.

#### **Art. 10 Servizi "Segui la tua pratica" e "Home Insurance"**

##### **10.1 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**.

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

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

##### **10.2 CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE**

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

##### **Sul sito internet**

**Area riservata – CDA. Visualizzare le CDA** (Area riservata – Condizioni di assicurazione, sezione "Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi", inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri).

<sup>3</sup> Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

<sup>4</sup> Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

**Web** ([www.previsalute.it](http://www.previsalute.it))

**Area riservata – Sinistri.** Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

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

**App mobile "Citrus"**

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

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

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

## CAPITOLO 2 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

### Art. 11 Descrizione delle prestazioni del Piano Sanitario

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

Si specifica che le "algie" di qualsiasi natura (es. lombalgie, sciatalgie, cervicalgie) rappresentano dolori localizzati o sintomi, ma non "patologie". Non si considerano patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Assistito deve inviare non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Assistito, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni

Il prodotto è modulare e il Piano Sanitario rifletterà la scelta fatta dal Titolare al momento della sottoscrizione.

Il Titolare può decidere di selezionare una o più coperture fra quelle previste, scegliendo al massimo una sola opzione per copertura.

La copertura pandemica è sempre prevista con la sottoscrizione del Piano Sanitario indipendentemente da quali coperture/opzioni vengono selezionate.

### A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

#### 1. Prestazioni del Piano sanitario

**Indennità in caso di ricovero per Grandi Interventi Chirurgici (allegato 2) e/o di ricovero per Gravi Patologie (allegato 3)**

##### 1.1 Prestazioni

Qualora presente all'interno del presente Piano Sanitario in caso di ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e/o per Gravi Patologie con o senza intervento chirurgico (vedi Allegato 2 "Elenco Grandi interventi Chirurgici" ed Allegato 3 "Gravi patologie") è corrisposta un'indennità predefinita per ciascun evento, sulla base degli importi stabiliti dall'opzione prescelta e in base alla garanzia sottoscritta (Allegato 1 "Scheda riassuntiva").



Nel caso di ricovero per una Grave Patologia che determini la necessità di esecuzione di un Grande Intervento Chirurgico, è riconosciuto sia l'indennizzo per Grave Patologia che per Grande Intervento Chirurgico.

Nell'ipotesi di ricovero per Grandi Interventi Chirurgici concomitanti nell'ambito dello stesso ricovero, l'indennità di cui alla presente copertura è riconosciuta solo una volta.

Nell'ipotesi di più ricoveri per Grande Intervento Chirurgico imputabili alla medesima patologia, l'indennità viene riconosciuta una sola volta per anno.

Nell'ipotesi di più ricoveri per Grande Intervento imputabili a patologie diverse, l'indennità viene riconosciuta per ogni evento che ha reso necessario il ricovero.

Nell'ipotesi di ricovero per Gravi Patologie concomitanti nell'ambito dello stesso ricovero, con o senza intervento, l'indennità di cui al presente Piano Sanitario è riconosciuta solo una volta.

Nell'ipotesi di più ricoveri imputabili alla medesima Grave Patologia, l'indennità viene riconosciuta una sola volta per anno.

Nell'ipotesi di più ricoveri imputabili a Gravi Patologie diverse, l'indennità viene riconosciuta per ogni evento che ha reso necessario il ricovero.

Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute.

## 1.2 Regimi e condizioni di erogazione

### Massimali

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: a seconda dell'opzione prescelta

### Regimi di erogazione

Regime indennitario

### Franchigie e scoperti

nessuna

## B) LONG TERM CARE

### Long Term Care (LTC) – Perdita di autosufficienza

#### 1.1 Prestazioni

Qualora presente all'interno del presente Piano Sanitario, la copertura opera in caso d'infortunio o malattia/intervento chirurgico per il quale derivi all'Assistito la perdita di autosufficienza nel compimento delle attività primarie (come descritta nel punto successivo) che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari o superiore a 40 punti (prestazione completa) o pari ad almeno 35 punti (prestazione parziale), in modo permanente e comunque per un periodo di almeno a 90 giorni.

Lo stato di non autosufficienza deve verificarsi successivamente alla data di inizio copertura per l'Assistito e durante il periodo di copertura del Piano Sanitario.

Le spese sopra citate sono coperte solo se sostenute per prestazioni effettuate nel periodo di vigenza del Piano Sanitario.

L'erogazione delle prestazioni avverrà fintanto che l'Assistito permarrà nello stato di non autosufficienza rilevante in base alle regole di calcolo previste dal presente Piano Sanitario e comunque non oltre lo scadere della copertura.

## 1.2 Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza viene valutata la situazione dell'Assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana:

- Lavarsi
- vestirsi e svestirsi
- igiene del corpo
- mobilità
- continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello (allegato 4 "modulo di denuncia del sinistro, informativa e consenso al trattamento dei dati personali per la richiesta dell'indennità di non autosufficienza") fornito dalla Compagnia o su altro documento che riporti le identiche informazioni previste nel modello messo a disposizione dalla Compagnia, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

- **Farsi il bagno**

**1° grado:** l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

**2° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

**3° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

- **Vestirsi e svestirsi**

**1° grado:** l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

**2° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

**3° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

- **Igiene del corpo**

**1° grado:** l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

**2° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

**3° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

- **Mobilità**

**1° grado:** l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

**2° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

**3° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

- **Continenza**

**1° grado:** l'Assistito è completamente continente: punteggio 0

**2° grado:** l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

**3° grado:** l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

- **Bere e mangiare**

**1° grado:** l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

**2° grado:** l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

**3° grado:** l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10

### **1.3 Regimi e condizioni di erogazione**

Dopo la ricezione della documentazione relativa allo stato di non autosufficienza dell'Assistito, la Compagnia si riserva di comunicare entro 60 giorni le proprie valutazioni in merito alla situazione rappresentata, anche con riferimento al momento in cui lo stato di non autosufficienza può dirsi verificato, ai fini dell'operatività della copertura.

In ogni caso la Compagnia si riserva di sottoporre l'Assistito a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assistito stesso.

La Compagnia si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

Successivamente al riconoscimento dell'erogabilità della copertura, entro il 15 di ottobre di ciascun anno di copertura la Compagnia può richiedere, la trasmissione entro il 15 novembre della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

Qualora in base alle regole di calcolo previste dalla copertura sia determinato un punteggio pari o superiore a 35 punti, sulla base degli importi stabiliti dall'opzione prescelta (Allegato 1 "Scheda riassuntiva"), la copertura può operare alternativamente:

- 1) attraverso prestazioni sociosanitarie e/o socioassistenziali erogate:
  - o in regime di assistenza diretta fino al limite previsto dalla copertura prescelta (vedi Allegato 1 "Scheda riassuntiva")
  - o in regime rimborsuale da strutture o personale non convenzionato, in possesso di titoli e specializzazioni idonei e coerenti con il piano di cura da attuare con diritto al rimborso di un importo per ciascuna prestazione in misura pari a quella prevista per le corrispondenti prestazioni dal Tariffario (Allegato 5 "Livelli di indennizzo applicati alle prestazioni per LTC");
- 2) attraverso l'erogazione di un importo indennitario forfettario previsto dalla copertura prescelta (Allegato 1 "Scheda riassuntiva").

Qualora a seguito riconoscimento di un livello di non autosufficienza valutato pari a 35 punti, abbia luogo un eventuale aggravamento che comporti la rivalutazione del medesimo tramite l'assegnazione di un punteggio pari ad almeno 40 punti, l'Assistito ha diritto alla quota di prestazione ulteriore prevista dal maggior livello di non autosufficienza, nel limite del livello di copertura prescelto

Decorsi i 30 giorni successivi alla data di riconoscimento della situazione di non autosufficienza non è possibile nel medesimo anno effettuare per lo stesso evento ulteriori rivalutazioni, salvo l'insorgere di una situazione aggravata riferibile alla medesima causa che perduri per almeno ulteriori 90 giorni nel medesimo anno con assegnazione di un punteggio almeno pari a 40

Le prestazioni sono attivabili dall'Assistito dal momento in cui riceve da Intesa Sanpaolo RBM Salute la comunicazione di riconoscimento dell'erogabilità della copertura.

In particolare:

- o con riferimento alle prestazioni in regime di Assistenza Diretta l'autorizzazione deve essere richiesta con preavviso di almeno 48 ore rispetto alla data di fruizione di ciascuna prestazione/ciclo complessivo di cura;
- o con riferimento all'indennità forfettaria, l'importo dovuto è direttamente erogato a mezzo bonifico bancario entro il sessantesimo giorno successivo alla comunicazione di attivazione della copertura da parte di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

### **Massimali**

Massimale annuo/nucleo: in base all'opzione prescelta

**Regimi di erogazione**

Assistenza diretta  
Regime rimborsuale  
Indennitario

**Franchigie e scoperti**

Nessuno

**C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**

Qualora presente all'interno del presente Piano Sanitario, vengono coperte le spese per le prestazioni sanitarie odontoiatriche sostenute dall'Assistito (Allegato 6 "Tariffario odontoiatrico") nel limite di quanto previsto dall'opzione prescelta. Si riportano di seguito le opzioni attivabili dall'Assistito (solo 1):



Opzione	Small	Medium	Large	XL
Prestazioni previste	A + Emergenza Odontoiatrica (solo in Network)	A+B+ C+D+ Emergenza Odontoiatrica (solo in Network)	A+B+ C+D+E+F+G+ Emergenza Odontoiatrica (solo in Network)	A+B+ C+D+E+F+G+H + Emergenza Odontoiatrica (sia in Network che fuori Network)

**a) Igiene e Visita**

E' previsto il pagamento di una visita odontoiatrica di controllo e prevenzione (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08) una volta all'anno.

Inoltre, per ciascun Assistito di età inferiore a 13 anni, è anche prevista la sigillatura dei solchi per elemento (prestazione 09), purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità del piano sanitario.

Le prestazioni sopra indicate sono comprese nell'allegato 4 "Tariffario Odontoiatrico" alla lettera **A- IGIENE E VISITA**.

**b) Altre cure dentarie**

E' previsto anche al pagamento delle prestazioni odontoiatriche, che vengono rimborsate entro le tariffe, i vincoli tecnici e limiti temporali indicati per ogni prestazione nell'Allegato 4 "Tariffario Odontoiatrico" suddiviso per macro-aree, qualora previste dal livello di Protezione Prescelto,

**B- PARTE GENERALE - PARODONTOLOGIA**

**C- CONSERVATIVA - ENDODONZIA**

**D- GNATOLOGIA**

**E- IMPLANTOLOGIA**

**F- CHIRURGIA**

**G- PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA**

**H- ORTODONZIA**

### **Pacchetto Emergenza Odontoiatrica**

Indipendentemente dal livello di protezione prescelto, sono coperte le spese massimo 1 volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di Infortunio, previo invio del certificato di pronto soccorso:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

### **Massimali**

Massimale annuo/nucleo: in base a quanto indicato nel Tariffario Odontoiatrico (allegato 6)

### **Regimi di erogazione**

Assistenza Diretta  
Regime rimborsuale

### **Franchigie e scoperti**

Nessuno

## **D) COPERTURA PANDEMICA**

La presente copertura è sempre prevista con la sottoscrizione del Piano Sanitario indipendentemente da quali coperture/opzioni vengono selezionate.

### **1. Indennità in caso di ricovero per accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica**

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

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

per l'accertamento o la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida un'indennità di 50,00 euro per i primi 15 giorni di ricovero e 25,00 euro per i successivi, fino a massimo 30 giorni (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

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

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

Esempio:  
Ricovero in struttura ospedaliera del S.S.N. per 10 giorni  
Indennizzo € 450,00

## 2. Indennità da convalescenza post ricovero in terapia intensiva per la cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

In caso di ricovero in terapia intensiva dell'Assicurato presso



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

per la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida un'indennità da convalescenza (prescritta al momento delle dimissioni) una tantum di 2.500,00 euro (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

## CAPITOLO 3 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

### Art. 12. Esclusioni

Sono esclusi dal Piano sanitario:

1. tutte le prestazioni non espressamente indicate nell'Allegato 6 "Tariffario odontoiatrico";
2. le malattie stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza del piano sanitario; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza del piano sanitario;
3. le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza della copertura;
4. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
6. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
7. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
8. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
9. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
10. le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
11. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;

12. le procedure di ricostruzione o splintaggio utilizzate per incrementare la dimensione verticale, ristabilire l'occlusione, sostituire o stabilizzare la struttura del dente persa a causa di attrito;
13. la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
14. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;
15. le estrazioni di denti decidui (da latte);
16. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
17. ricoveri in lungodegenza;
18. gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
19. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche;
20. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
21. ricoveri impropri;
22. l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia;
23. infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
24. le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
25. gli infortuni derivanti da sport aerei o da partecipazione a corse/gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
26. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
27. gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
28. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche;
29. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
30. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
31. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
32. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
33. le conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
34. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
35. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
36. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindromi organiche cerebrali ad eccezione del Morbo di Parkinson e della Sindrome di Alzheimer in caso di Non

Autosufficienza (LTC), forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS);

37. le conseguenze dirette od indirette di pandemie, salvo quanto previsto dalla copertura pandemica.

#### **Art. 13. Persone non collegabili al Piano sanitario**

Non è possibile inserire nel Piano Sanitario le persone che alla decorrenza del Piano sanitario abbiano già compiuto 75 anni.

Per gli Assistiti già in copertura al raggiungimento del 75° anno di età il piano sanitario è rinnovato fino al termine dell'annualità in cui l'Assistito raggiunge l'80° anno di età. Nel caso in cui l'Assistito non voglia più aderire al Piano Sanitario dopo il 75° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Per gli Assistiti che raggiungono il limite di età, il diritto di beneficiare delle prestazioni del Piano sanitario cessa alla prima scadenza annuale del Piano sanitario, salvo specifica deroga.

#### **Art. 14. Patologie pregresse**

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

Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, ad eccezione di quanto previsto per la copertura "Long Term Care" (LTC), per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

- per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), **rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**

Non è prevista la corresponsione di indennità nei casi in cui:

- il ricovero per l'accertamento della Sindrome influenzale pandemica sia avvenuto prima della decorrenza della polizza
- l'accertamento della Sindrome influenzale pandemica sia avvenuto prima della decorrenza della polizza

## CAPITOLO 4 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

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

### Art. 15. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

#### 15.1 Oneri

##### Denuncia

L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo<sup>5</sup>.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione della Compagnia, la richiesta di Indennizzo non può essere presentata e quindi è respinta. Per "richiesta di Indennizzo" si intende quella di accesso al Network per usufruire di prestazioni in regime di Assistenza diretta oppure quella di ottenere un Rimborso o una Indennità (comunque denominata).

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

##### Intesa Sanpaolo RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

###### Assistenza diretta

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

###### Regime rimborsuale

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile

<sup>5</sup> Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

**Intesa Sanpaolo RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:**

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; assenza di materiale radiografico e foto intraorali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'infortunio)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario. Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

**Data del Sinistro**

- Prestazioni ospedaliere/interventi chirurgici odontoiatrici: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni odontoiatriche: quella di esecuzione della singola prestazione.
- Prestazioni extra ospedaliere: accertamento, risultato positivo, della presenza di Sindromi influenzali di natura pandemica; ogni singola prestazione

**Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie**

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

**Lingua della documentazione**

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

**Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute**

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

L'accertamento può essere disposto

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

**Decesso dell'Assicurato**

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

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

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

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

### **Prestazioni intramoenia**

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

### **Prestazioni tra due annualità**

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

Non sono ammesse fatture in acconto relative a prestazioni non ancora eseguite.

### **Imposte e oneri amministrativi**

Sono a carico dell'Assicurato:

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

## **15.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta**

### **a) Prima della prestazione**

L'Assicurato deve:

- procurarsi tutta la documentazione prevista, se richiesta dalle presenti CDA, per eseguire la prestazione in regime di Assistenza diretta (es. prescrizione medica con indicazione della patologia);
- selezionare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione, tramite accesso alla propria area riservata o App mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa. Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet [www.intesasanpaolorbmsalute.it](http://www.intesasanpaolorbmsalute.it) o tramite App mobile.
- contattare autonomamente la struttura del Network selezionata e prenotare la prestazione da eseguire. Si richiede all'Assicurato di fare in modo che la data della prestazione sia fissata almeno 9 giorni dopo la prenotazione, per le prestazioni ospedaliere, e 5 giorni dopo la prenotazione per le prestazioni extraospedaliere e le prestazioni dentarie;
- chiedere alla Compagnia l'autorizzazione all'erogazione della prestazione prenotata, allegando tutta la documentazione prevista (in caso di telefonata, gli operatori indicheranno all'Assicurato come inviare la documentazione). La richiesta può essere avanzata attraverso:
  - app mobile
  - portale web
  - numeri telefonici dedicati: - **800.99.17.85** da telefono fisso e da telefono cellulare (numero verde); - **+ 39 0422.17.44.235** per chiamate dall'estero

La Compagnia necessita di almeno 48 ore per valutare la richiesta e pertanto, se contattata per tempo, garantisce di fornire la risposta alla richiesta almeno 7 giorni (di calendario) prima della data della prestazione, in caso di prestazioni ospedaliere, e 3 giorni (di calendario) prima della data della prestazione, in caso di prestazioni extraospedaliere e prestazioni dentarie.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo e la richiesta perviene alla Compagnia nei 7 giorni precedenti alla data della prestazione, in caso di prestazioni ospedaliere, o nei 3 giorni precedenti alla data della prestazione, in caso di prestazioni extraospedaliere e prestazioni dentarie, la Compagnia proverà comunque a fornire risposta alla richiesta, purché questa sia pervenuta entro e non oltre le 48 ore lavorative precedenti alla data della prestazione prenotata. In tal caso la risposta, se fornita, non potrà essere garantita dalla Compagnia nei termini di preavviso sopra indicati (7 giorni e 3 giorni prima della data della prestazione, a seconda dei casi).

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'autorizzazione per ogni singola prestazione che deve eseguire (comprese le prestazioni odontoiatriche e terapie); non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

#### **Dati da fornire**

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione
- prestazione da effettuare
- data della prestazione
- diagnosi o quesito diagnostico.

L'Assicurato potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o App mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con Intesa Sanpaolo RMB Salute.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet [www.previsalute.it](http://www.previsalute.it) o tramite App mobile.

### Documenti da trasmettere

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata:
  - la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione**; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**

**Non è richiesta** per le prestazioni di prevenzione (sanitaria)

- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
  - **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
  - se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**
  - **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);
- **per escludere la presenza di patologie preesistenti:** certificato anamnestico e relativi referti

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

Come trasmettere i documenti:

- da portale web [www.previsalute.it](http://www.previsalute.it) cliccando su "accedi alle tue prestazioni" o con l'app mobile

L'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta, qualora la Compagnia abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmessa all'Assicurato **a mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assicurato dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail dell'autorizzazione. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà

scegliere come mezzo di ricezione dell'autorizzazione la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno dell'sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

E' data l'opportunità agli Assicurati, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a Intesa Sanpaolo RBM Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: [ufficio.convenzioni@intesasanpaolorbmsalute.it](mailto:ufficio.convenzioni@intesasanpaolorbmsalute.it)

#### **b) Mancata attivazione della Centrale Operativa**

Se l'Assicurato ha effettuato una prestazione presso una struttura sanitaria convenzionata senza prima chiedere l'autorizzazione alla Centrale Operativa, non è riconosciuto il rimborso della prestazione.

#### **c) Dopo l'esecuzione della prestazione**

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

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura convenzionata della fattura e della documentazione medica richiesta all'Assicurato e/o alla Struttura Sanitaria (ad esempio la cartella clinica).

### **15.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso/Indennitario**

---

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

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

- le prestazioni devono

- essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni**: se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**.

- essere effettuate **da personale specializzato (medico, infermiere)**

- essere accompagnate dalla **diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**

- **essere fatturate** da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi**.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, Intesa Sanpaolo RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

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

#### **a) Richiesta di rimborso cartacea**

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

1. **documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta**. L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola
2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere.
3. **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.**, in caso di Ricovero anche in Day Hospital
4. dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
5. in caso di **infortunio** devono essere presentati anche:
  - **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
  - se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo**.

**In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, **l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole).

6. per escludere la presenza di patologie preesistenti: certificato anamnestico e relativi referti

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

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:  
**INTESA SANPAOLO RBM SALUTE presso PREVIMEDICAL**  
via Enrico Forlanini 24  
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

**b) Richiesta di rimborso on line**

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

- dalla propria area riservata ([www.previsalute.it](http://www.previsalute.it)) Gestisci la tua polizza on line - Fondi Sanitari Integrativi – Area Riservata – sinistri)
- attraverso la app mobile.

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

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

**Restituzione delle somme indebitamente pagate**

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

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

## CAPITOLO 5 - ComfortSalute®



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

Se per infortunio o malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

#### a) Informazione e orientamento medico telefonico

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

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

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

#### b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, per infortunio o malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:

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

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed eventualmente individuare le strutture più appropriate, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato **la documentazione clinica**.

**c) Consulenza telefonica medico-specialistica**

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

**2. CARD ELETTRONICA (INTESA SANPAOLO RBM SALUTE – PREVIMEDICAL)**

È a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al Network sanitario. L'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati che aderiscono al circuito Card si trova sul sito [www.previmedical.it](http://www.previmedical.it) o può essere chiesto per telefono alla Centrale Operativa. La Card è nominativa e si può scaricare dall'app mobile.



## Allegato 2: Elenco Grandi Interventi Chirurgici

### *Cardiochirurgia*

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

### *Chirurgia Vascolare*

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

### *Neurochirurgia*

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

### *Chirurgia Toracica*

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

### *Chirurgia Generale*

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

### *Chirurgia Pediatrica*

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

#### *Chirurgia Ginecologica*

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

#### *Chirurgia Ortopedica*

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

#### *Chirurgia Otorinolaringoiatrica E Maxillo-Facciale*

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

#### *Chirurgia Urologica*

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

#### *Trapianti D'organo*

- Tutti.

### Allegato 3: Gravi Patologie

#### *Gravi patologie*

##### *Infarto del miocardio*

Morte di una porzione di muscolo cardiaco; in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell' area interessata.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

- a) ripetuti dolori al torace
- b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto
- c) aumento degli enzimi cardiaci

##### *Coronaropatia*

Malattia determinata dal restringimento o dal blocco di due o più arterie coronariche quando sia risolvibile con tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia.

##### *Ictus Cerebrale*

Accidente cerebro-vascolare avente ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implica morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenziata da deficienza neurologica permanente, T.A.C., o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

##### *Cancro*

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.), ed il cancro della pelle che non sia il melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

**MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO, INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI  
PERSONALI PER LA RICHIESTA DELL'INDENNITA' DI NON AUTOSUFFICIENZA**

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

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

**DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO CUI SI RIFERISCE L'INDENNITA'**  
(da compilare in stampatello maiuscolo, indicando il soggetto a cui si riferisce la richiesta)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO CHE RICHIEDE L'INDENNITA'**  
(da compilare in stampatello maiuscolo, nei soli casi di incapacità del soggetto assicurato)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Cellulare\* \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
E-mail\* \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indicare il rapporto (coniuge, legale rappresentante, etc) \_\_\_\_\_

(\*): Il numero di telefono cellulare verrà utilizzato per inviare gli SMS relativi al servizio "SEGUI LA TUA PRATICA".  
L'indirizzo E-mail potrà essere utilizzato per lo scambio di comunicazioni relative alla presente domanda di indennità.

**Chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza**

A tal proposito allega alla presente copia di:

- documento di identità valido e codice fiscale (sia dell'Assicurato/a sia dell'eventuale Legale Rappresentante/Tutore/Amm.re di sostegno) o di chi ne fa veci; nel caso in cui la prestazione consista nella corresponsione di una indennità in denaro a favore di soggetti minorenni è necessario acquisire l'autorizzazione da parte del tribunale dei minori;
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante che esponga l'insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato/a, l'origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell'affezione o delle affezioni, su apposito modello fornito dalla società o, se inviato un documento redatto in forma libera, contenente tutte le informazioni presenti nel suddetto modello;
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza;
- eventuale verbale di riconoscimento dell'Invalidità Civile rilasciato dalla Commissione della ASL di appartenenza;
- eventuale verbale della competente Autorità giunta sul luogo dell'evento (nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia stato causato da evento accidentale);

- eventuale documentazione comprovante lo status di chi sta agendo per conto dell'Assicurato, ad es. tutore/procuratore (decreto di nomina, procura speciale/generale), familiare (stato di famiglia), ecc..., corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale).

**Coordinate bancarie del conto corrente dell'assicurato su cui effettuare il rimborso/indennità (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle presenti nella propria area iscritto)**

Intestatario conto corrente: \_\_\_\_\_

IBAN:

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurato: \_\_\_\_\_

*(se incapace, firma del soggetto che richiede l'indennità in sua vece)*

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

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

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

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome dell'Assicurato \_\_\_\_\_ Firma per Consenso \_\_\_\_\_

*(se incapace, firma del soggetto che richiede l'indennità in sua vece)*

Si ricorda inoltre che:

- dalla data di ricevimento di tale documentazione, decorre il *periodo di accertamento* che, in ogni caso, non può superare i 60 giorni;
- la Compagnia si riserva di richiedere all'Assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione l'Assicurato dovrà produrre certificato di esistenza in vita prima dell'erogazione della successiva rata annuale;
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione, la Compagnia si riserva di richiedere all'Assicurato, con cadenza annuale, accertamenti medici che attestino la permanenza di non autosufficienza.

## CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

**Dott.** \_\_\_\_\_

**N.B. – Il presente modulo deve essere stampato ovvero scritto con caratteri molto chiari e tutte le risposte alle singole domande debbono essere rese in termini particolareggiati, precisi ed esaurienti.**

**Cognome e Nome dell'Assistito:** \_\_\_\_\_  
**nato/a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_  
**residente a** \_\_\_\_\_ **in via** \_\_\_\_\_ **prov.** \_\_\_\_\_  
**cap** \_\_\_\_\_ **telefono** \_\_\_\_\_ **età (anni)** \_\_\_\_\_

DOMANDE	RISPOSTE DEL MEDICO
1. Lo stato di non autosufficienza è insorto a seguito di quale condizione?  a. impossibilità di compiere almeno 4 delle 6 attività della vita quotidiana  b. demenza senile invalidante o malattia di Alzheimer, certificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein)	1 a.   b.
2. L'assistito ha bisogno di assistenza continua da parte di un'altra persona?	2
3. a. L'assistito è attualmente ricoverato in lungo degenza in struttura abilitata pubblica o privata?  b. Se sì, qual è la struttura?  c. Da quando?	3 a.  b.  c.
4. a. L'assistito è attualmente ricoverato in istituto psichiatrico?  b. Se sì, qual è la struttura?  c. Da quando?	4 a.  b.  c.
5. a. Qual è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza?  b. Quando si è verificato?	5. a.  b.
6. L'assistito è in grado di farsi il bagno e/o doccia in modo completamente autonomo?	6



7. L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	7
8. L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa di farsi il bagno?	8
9. L'assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo?	9
10. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	10
11. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	11
12. L'assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (a), (b), e (c):  a. andare al bagno?  b. lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi?  c. effettuare atti di igiene personale	12 a.  b.  c.
13. L'assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (a), (b) e (c)?	13
14. L'assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (a), (b), e (c)?	14
15. L'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	15
16. L'assistito necessita di assistenza per muoversi eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (è però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)	16
17. L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto per muoversi?	17

18. L'assistito è completamente continente?	18
19. L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	19
20. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	20
21. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sminuzzare/tagliare il cibo;</li> <li>○ Sbucciare la frutta;</li> <li>○ Aprire un contenitore/una scatola;</li> <li>○ Versare bevande nel bicchiere;</li> </ul>	21 <ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> <li>○</li> <li>○</li> <li>○</li> </ul>
22. L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	22

Sulla base di quanto da me esaminato, verificato ed accertato dichiaro e certifico che

il Sig./Sig.ra ..... si trova in stato di non autosufficienza.

Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Il Medico Curante**  
**(Firma e timbro)**

\_\_\_\_\_  
**(DOMICILIO)**

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

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

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

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

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

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

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

#### **Categorie di Dati Personali**

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

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

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

#### **Finalità e base giuridica del trattamento**

I Dati Personali che la riguardano, da Lei comunicati alla Società o raccolti presso soggetti terzi<sup>1</sup> (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalla Società nell'ambito della sua attività per le seguenti finalità:

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

---

<sup>1</sup> Ad esempio, intermediari assicurativi, contraenti di polizze collettive o individuali in cui lei risulti assicurato, eventuali coobbligati, altri operatori assicurativi (quali agenti, mediatori di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura assicurativa, di liquidazione di un sinistro, di trasferimento della posizione previdenziale, ecc.) richiediamo informazioni o sono tenuti a comunicarci informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; Magistratura, Forze dell'Ordine e altri soggetti pubblici

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

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

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

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

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

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

#### **c) Erogazione di servizi online o direttamente tramite App**

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

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

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

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

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

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

#### **e) Estensione della polizza assicurativa a favore di altri Assicurati**

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

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

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative

effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

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

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

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

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

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

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

- a) **Società appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo.**
- b) **Soggetti Terzi** (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio:
  - Previmedical S.p.A.;
  - Società di mutuo soccorso;
  - Compagnie di assicurazione e Broker;
  - Società che svolgono servizi di revisione contabile e certificazione di bilancio;
  - Uffici legali, nel caso della gestione di reclami e contenziosi;
  - Fondi o casse sanitarie;
  - Strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari;
  - Società che svolgono servizi di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta;
  - Società cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;
  - Società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi o altri servizi di natura tecnico/organizzativa);
  - Istituti bancari
- c) **Autorità** (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc...) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, 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.

Le Società ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso o 4) incaricati da parte del Titolare come soggetti autorizzati al trattamento di tali dati.

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

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

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi. Se necessario, per ragioni di natura tecnica od operativa, la Società si riserva di trasferire i Suoi Dati Personali verso paesi al di fuori dell'Unione Europea per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, ovvero sulla base delle adeguate garanzie oppure delle specifiche deroghe previste dal Regolamento.

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

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

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

## **SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO**

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

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

### **1. Diritto di accesso**

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

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

### **2. Diritto di rettifica**

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

### **3. Diritto di cancellazione**

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

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

#### **4. Diritto di limitazione di trattamento**

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

#### **5. Diritto alla portabilità dei dati**

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

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

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

#### **6. Diritto di opposizione**

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

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

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

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

### **SEZIONE 8 – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI**

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

---

<sup>i</sup> Ultimo aggiornamento 22 gennaio 2021

Allegato 5: Livello di indennizzo applicati alle prestazioni LTC

<b>LIVELLI DI INDENNIZZO APPLICATI ALLE PRESTAZIONI PER LTC</b>	
Descrizione prestazione	Importo convenzionato
<b>ASSISTENZA DOMICILIARE (ASA, OSS)</b>	
Tariffa oraria diurna	€ 8,75
Tariffa oraria notturna/festiva	€ 10,75
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA (RSA)</b>	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria notturna/festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
Tariffa notturna infermieristica (a notte per controllo e sorveglianza del riposo notturno nel caso di gravi patologie)	€ 120,00
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA (Casa di Cura)</b>	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria notturna/festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
Tariffa notturna infermieristica (a notte per controllo e sorveglianza del riposo notturno nel caso di gravi patologie)	€ 120,00
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA (CDI - Centri Diurni Integrati)</b>	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA (CDD - Centri Diurni per persone con Disabilità)</b>	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
<b>ASSISTENZA OSPEDALIERA (Aziende ospedaliere)</b>	
Tariffa oraria diurna (ASA, OSS)	€ 8,75
Tariffa oraria notturna/festiva (ASA, OSS)	€ 10,75
Tariffa notturna infermieristica (a notte per controllo e sorveglianza del riposo notturno nel caso di gravi patologie)	€ 120,00
<b>ASSISTENZA INFERMIERISTICA E PARASANITARIA A DOMICILIO (1)</b>	
<b>Prestazioni comuni a tutte le attività assistenziali</b>	
Tariffa diurna 30 minuti	
Tariffa notturna/festiva 30 minuti	
Tariffa oraria diurna	
Tariffa oraria notturna/festiva	

Valutazione dei livelli di dipendenza del paziente a seconda di ogni necessità e bilancio delle risorse disponibili	€ 30,60
Elaborazione e gestione del Piano di assistenza infermieristico	€ 15,30
Misurazione di uno o più dei seguenti parametri vitali e valori (temperatura, polso arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori, diuresi, peso corporeo, misure antropometriche) (fino a due misurazioni contemporanee)	€ 7,65
Misurazione di uno o più dei seguenti parametri vitali e valori (temperatura, polso arterioso, pressione arteriosa, atti respiratori, diuresi, peso corporeo, misure antropometriche) (per misurazioni superiori alle due contemporanee)	€ 15,30
Misurazione e registrazione dei riflessi pupillari o di altri riflessi	€ 11,90
Valutazione e registrazione dello stato di coscienza	€ 7,65
Misurazione della pressione venosa centrale, sorveglianza di cateteri venosi centrali e di altri accessi vascolari impiantati da un medico	€ 38,25
Registrazione di ECG	€ 11,90
Collaborazione alla effettuazione di un ECG sotto sforzo o con stimolazione farmacologica	€ 19,55
Registrazione di altro esame	€ 19,55
Preparazione preoperatoria di un paziente	€ 15,30
Preparazione di materiale e strumentario	€ 22,95
Preparazione del paziente per una pratica assistenziale e/o un esame e successiva sorveglianza	€ 22,95
Somministrazione dei medicinali prescritti per via enterale	€ 7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti per via I.M.S.C.	€ 7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti per via topica	€ 7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti o di sostanze non medicinali per via inalatoria	€ 7,65
Somministrazione dei medicinali prescritti per altra via	€ 7,65
Perfusione - incannulare una vena superficiale delle membra o epicranica con ago o catetere venoso periferico	€ 19,55
Perfusione - gestione di una perfusione a termine o a permanenza	€ 7,65
Perfusione - gestione di una perfusione a termine o a permanenza (se in unica soluzione)	€ 38,25
Perfusione in bolo	€ 15,30
Bendaggio semplice	€ 11,90
Bendaggio complesso	€ 22,95
Collaborazione alla applicazione di un gesso o di un'altra immobilizzazione	€ 11,90
Rimozione di un gesso o di altra immobilizzazione	€ 11,90
Applicazione semplice di caldo o freddo	€ 7,65
Posizionamento e sorveglianza del neonato in fototerapia	€ 22,95
Medicazione semplice	€ 15,30
Medicazione complessa	€ 38,25
Prelievo capillare e venoso del sangue o raccolta di liquidi biologici mediante esami estemporanei (es.: stick glicemici)	€ 15,30
Esecuzione di vaccinazioni prescritte	€ 11,90
Raccolta sterile e non sterile di escreti o secreti (ad eccezione di quelli descritti specificatamente di seguito)	€ 11,90
Instillazioni e irrigazioni di cavità, fistole e stomie	€ 11,90

Esecuzione di prove allergiche	€ 11,90
Collaborazione all'attività clinica	€ 22,95
Collaborazione al medico in qualità di strumentista o per altre attività tecnico - strumentali (se trattasi di piccoli interventi)	€ 38,25
Collaborazione al medico in qualità di strumentista o per altre attività tecnico - strumentali (se trattasi di prestazione complessa)	€ 188,70
Collaborazione al medico in attività specialistica (se trattasi di piccoli interventi)	€ 38,25
Collaborazione al medico in attività specialistica (se trattasi di prestazione complessa)	€ 151,30
Rivalutazione domiciliare di un paziente	€ 11,90
Toilette e vestizione della salma	€ 85,00
<b>Prestazioni relative alla funzione respiratoria</b>	
Stimolazione della respirazione generica, cioè non nell'ambito di un programma di riabilitazione respiratoria	€ 7,65
Controllo dell'espettorato	€ 7,65
Mantenimento della pervietà delle vie aeree superiori, aspirazione delle secrezioni di un paziente anche se intubato o tracheotomizzato	€ 38,25
Cura del tracheostoma e controllo della cannula di un tracheotomizzato	€ 17,00
Ventilazione manuale strumentale o mediante maschera e controllo dell'adattamento di un paziente ad un ventilatore	€ 38,25
Predisposizione di un ventilatore e del materiale per l'intubazione oro/naso tracheale	€ 15,30
Pulizia e ripristino di un ventilatore e del relativo materiale d'uso	€ 15,30
Cura di un drenaggio toracico	€ 22,95
Cura del naso e della bocca	€ 19,55
<b>Prestazioni relative alla funzione dell'alimentazione</b>	
Addestramento all'uso di presidi che possono facilitare l'alimentazione	€ 15,30
Controllo e registrazione della dieta del paziente, del suo bilancio alimentare, del suo peso e del suo stato di idratazione	€ 15,30
Educazione alla cura del seno prima e dopo l'allattamento	€ 15,30
Preparazione e somministrazione di alimenti speciali da far assumere a mezzo sonda gastrica o pompa enterale (anche nel bambino)	€ 38,25
Posizionamento sondino gastrico o duodenale a scopo nutrizionale, diagnostico o evacuativo	€ 45,90
Valutazione e registrazione del liquido aspirato da una sonda gastrica	€ 11,90
Sorveglianza e collaborazione all'igiene dentale	€ 7,65
Preparazione e somministrazione di alimenti con biberon	€ 11,90
Assistenza alla persona con vomito	€ 11,90
Aiuto e sorveglianza nell'assunzione di cibo o bevande in persone con disfagia	€ 11,90
<b>Prestazioni relative alla funzione di eliminazione urinaria</b>	
Controllo ed assistenza delle stomie delle vie urinarie	€ 22,95
Applicare un catetere vescicale a permanenza	€ 38,25
Assistenza ordinaria ad un paziente portatore di catetere vescicale	€ 15,30
Instillazioni o irrigazioni vescicali o intrauretrali	€ 22,95
Assistenza a un paziente sottoposto a dialisi peritoneale (a prestazione)	€ 127,50
Gestione/assistenza ad attività emodialitiche (a prestazione)	€ 127,50

Gestione dei presidi utilizzati per facilitare la funzione di eliminazione (es. controllo, sostituzione e rimozione delle sacche di raccolta della diuresi)	€ 15,30
Igiene della zona genitale nella donna e nell'uomo	€ 19,55
Controllo e cure ordinarie della pelle e/o delle mucose attorno a drenaggi, cateteri e sonde	€ 15,30
Rieducazione vescicale	€ 30,60
Raccolta di un campione di urine	€ 7,65
Raccolta sterile di un campione di urine nell'uomo e nella donna mediante cateterismo estemporaneo	€ 38,25
<b>Eliminazione intestinali</b>	
Insegnamento al paziente e/o alla famiglia di:	
- Norme di idratazione/alimentazione funzionali ad una buona eliminazione	€ 38,25
- Valutazione della qualità e dell'aspetto delle feci	€ 38,25
- Protezione efficace della cute perineale in caso di diarrea o Incontinenza	€ 38,25
- Norme di igiene specifiche della regione perineale nella femmina e nel maschio (adulti e bambini)	€ 38,25
Educazione del paziente e/o della sua famiglia in caso di stomia intestinale	€ 38,25
Insegnamento al paziente e/o alla sua famiglia all'utilizzo di mezzi e delle misure che permettono di evitare la propagazione di un contagio in caso di malattia trasmissibile per via oro-fecale	€ 38,25
Controllo ed assistenza corrente a stomie delle vie intestinali	€ 22,95
Clistere	€ 30,60
Rettoclisi	€ 45,90
<b>Traspirazione</b>	
Cure igieniche appropriate ad un'eccessiva traspirazione	€ 15,30
<b>Prestazioni relative alla necessità di muoversi e mantenere una posizione corretta</b>	
Trasporto assistito di un paziente all'interno di una struttura sanitaria	€ 19,55
Prevenzione non medicinale delle trombosi	€ 38,25
Pianificazione ed esecuzione di esercizi fisici semplici	€ 11,90
<b>Prestazioni relative alla necessità di dormire e riposarsi</b>	
Valutazione della durata e della qualità del riposo e del sonno diurno e notturno	€ 15,30
Organizzazione di un programma di attività che tenga conto dei ritmi sonno/veglia del paziente e delle condizioni dell'ambiente	€ 15,30
<b>Prestazioni relative alla attività di vestirsi e spogliarsi</b>	
Educazione del familiare e/o del paziente a vestirsi e svestirsi, anche con l'uso di ausili in rapporto a particolari condizioni (patologie, invalidanti, protesi)	€ 45,05
Relazione di aiuto terapeutico in rapporto "all'immagine di se" del paziente anche rispetto all'uso di protesi	€ 45,05
<b>Prestazioni relative alla necessità di mantenere la temperatura del corpo nei limiti normali</b>	
Controllo sorveglianza evoluzione dei segni collegati all'aumento o alla diminuzione della temperatura	€ 15,30
Controllo dei neonati posti in incubatrice o termoculla	€ 15,30

Sorveglianza di una ipotermia indotta a scopo terapeutico	€ 11,90
Controllo ed intervento sull'ambiente, su altri presidi e sul paziente per regolarne la temperatura	€ 19,55
Altre tecniche fisiche di correzione dell'ipotermia o dell'ipertermia	€ 19,55
<b>Prestazioni relative alla necessità di essere puliti, curati e di proteggere i tessuti</b>	
Bagni terapeutici e medicati	€ 29,75
Frizioni, impacchi, massaggi	€ 19,55
Bagno a letto completo	€ 29,75
Bagno in vasca/doccia in tutte le sue fasi	€ 29,75
Toilette di una parte del corpo	€ 15,30
Cure igieniche di apparecchi correttivi e protesi	€ 11,90
Individuazione delle parassitosi esterne e assistenza alle persone colpite	€ 22,95
Controllo delle lesioni cutanee dovute a fattori chimici e fisici: irradiazione, vernici, ecc.	€ 11,90
Prevenzione delle lesioni da pressione	€ 22,95
Trattamento e sorveglianza di ulcere cutanee croniche	€ 38,25
<b>Prestazioni relative alla necessità di evitare i pericoli</b>	
Mappatura dei pericoli presenti in un ambiente e relative proposte di modifiche	€ 22,95
rPredisposizione di presidi atti a ridurre i pericoli	€ 15,30
Controllo della sensibilità del malato al caldo, al freddo e al dolore	€ 15,30
Attuazione e controllo dei metodi di immobilizzazione in sicurezza di persone che presentano alterazioni cognitivo - comportamentali	€ 15,30
Fisioterapia (a prestazione)	€ 40,00
(1) Nel caso di 2 o più prestazioni, non verrà conteggiato il compenso per singola prestazione, ma la tariffa oraria.	

## Allegato 6: Tariffario Odontoiatrico

PREMESSA:

Il presente Tariffario odontoiatrico è suddiviso in otto macro-aree:

**A - IGIENE E VISITA**

**I- PARTE GENERALE – PARODONTOLOGIA**

**J- CONSERVATIVA - ENDODONZIA**

**K- GNATOLOGIA**

**L- IMPLANTOLOGIA**

**M- CHIRURGIA**

**N- PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA**

**O- ORTODONZIA**

I vincoli tecnici e i limiti temporali stabiliscono le modalità e il numero di prestazioni di cui è possibile ottenere il rimborso (sia in forma diretta che indiretta).

I vincoli e limiti del presente Tariffario odontoiatrico si applicano in ogni caso per assicurato. Per l'applicazione dei limiti temporali l'annualità deve essere considerata quella assicurativa e non quella solare.

I limiti temporali non si applicano in caso di infortunio comprovato da certificato del Pronto Soccorso.

Qualora si rendessero necessarie ulteriori prestazioni rispetto a quelle previste, esse dovranno essere fatturate applicando le tariffe del presente Tariffario odontoiatrico e saranno a carico dell'Assistito.

La visita odontoiatrica con formula dentale e piano di trattamento si intende a carico del singolo assicurato se non diversamente disposto.

Tutte le prestazioni del presente Tariffario odontoiatrico comprendono la manodopera.

Nel trattamento ortodontico fisso e mobile (prestazioni 44 e 45) sono compresi i relativi controlli.

Tutte le immagini radiografiche, eseguite su indicazione del medico specialista esclusivamente per motivi di natura clinica prima, durante o dopo le cure, possono essere richieste a comprova delle cure medesime.

Ove richieste, le fotografie digitali devono riportare la data, il codice fiscale dell'assicurato e la firma dell'odontoiatra.

La visita odontoiatrica (codice 02) è tariffata solamente se abbinata al codice 07 o 08, ed eseguita nell'ambito di un programma di prevenzione periodico di igiene e profilassi. Se eseguita nell'ambito di un piano di cure risulta compresa nel medesimo.

**A – IGIENE E VISITA**

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino a 13 anni di età	Una volta ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		Una volta ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	Una sola volta

**B – PARTE GENERALE - PARODONTOLOGIA**

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00	Vedi premessa	Una sola volta ogni 12 mesi
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00		
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 (prima e dopo)
05	Ortopantomografia	35,00		
06	Teleradiografia	60,00		Una sola volta
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	Una volta ogni 12 mesi
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	Una volta ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	Una sola volta
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali	Una sola volta

			biocompatibili o membrane	
--	--	--	---------------------------	--

**C - CONSERVATIVA - ENDODONZIA**

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	Ogni 24 mesi sullo stesso elemento
20	Intarsi in LP o LNP o ceramica – Inlay e Onlay per elemento	350,00		Ogni 5 anni
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	

53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	
54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	

#### D – GNATOLOGIA

Codice	Tipo di Prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
40	Placca oclusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ripetibile dopo 12 mesi solo se necessità comprovata da invio modelli
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	Una sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	Una sola volta

#### E – IMPLANTOLOGIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	Una sola volta
55	Mini impianti compresi attacchi di precisione per elemento	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	Una sola volta

56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili - per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	Una sola volta
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su arcata superiore	Una sola volta
58	Distrazione osteo-alveolare per emiarcata	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Comprovata da foto digitale. Esclude codici 13 e 47	Una sola volta

#### F – CHIRURGIA

Codice	Tipo di Prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
14	Estrazione di dente o radice	80,00		
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	

18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	
----	--	--------	---	--

**G - PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA**

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
28	Corona provvisoria fissa in resina dura - per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
59	Corona provvisoria armata - per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale - per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica , compreso eventuale fresaggio - per elemento	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
31	Corona o faccette ceramica integrale ( LP, GALVANICA, ZIRCONIO, TITANIO ) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
35	Per ogni elemento in più	60,00	Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni per elemento
60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni

36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a 37. Richiesta certificazione del laboratorio	Ogni 5 anni
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		Ogni 3 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile ( diretto o indiretto )	250,00		Ogni 5 anni

#### H – ORTODONZIA

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
43	Rilievo impronte e studio dei modelli del caso su articolatore, comprese radiografie e tracciato cefalometrico	200,00	Richiedibili modelli + rx + tracciato cefalometrico restituibile	Una sola volta
44	Trattamento ortodontico con apparecchiature mobili per arcata e per anno di cura, indipendentemente dalla classe di appartenenza	1.000,00	Richiesta certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo per 2 anni; 3 <sup>e</sup> anno rimborsabile con invio modelli (iniziale e attuale)
45	Trattamento ortodontico con apparecchiature fisse per arcata e per anno di cura, indipendentemente dalla classe di appartenenza	1.200,00	Modelli panoramica e richiedibili	Massimo per 3 anni
46	Placca di contenzione	350,00	Solo a fine trattamento	Una sola volta

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 2016/679 (di seguito GDPR), la società di mutuo soccorso Previsalute (d'ora in avanti Fondo), in qualità di Titolare del Trattamento, fornisce le seguenti informazioni sul trattamento effettuato dei Suoi dati personali e sulla tutela dei Suoi diritti. Al fine di fornirLe una chiara ed esaustiva informativa in merito al trattamento dei Suoi dati personali, e rammentandoLe che, ai sensi del GDPR sarà necessario acquisire il Suo consenso scritto, che vorrà manifestare compilando la relativa scheda, si precisa quanto segue.

### 1. DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

I dati personali, che possono formare oggetto di trattamento possono essere comuni o anche sensibili.

Ai sensi del summenzionato Regolamento UE 2016/679 (GDPR), sono comuni i dati personali diversi da quelli particolari, giudiziari e rischiosi, a titolo esemplificativo, cognome e nome, data di nascita, residenza, abitazione, codice fiscale, titolo dell'iscrizione; contatti telefonici, email; impresa o ex impresa di appartenenza; cognome e nome, grado di parentela, luogo e data di nascita dei familiari a carico.

Sono invece ritenuti sensibili i dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di tipo sanitario, idonei a rilevare lo stato di salute (certificati medici e ogni altra documentazione medica presentata) oltre, a titolo di completezza, i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale.

I dati comuni e sensibili da Lei conferiti e le eventuali variazioni di tali dati che Ella comunicherà in futuro al Fondo saranno trattati per le finalità e con le modalità di seguito indicate.

### 2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti a Previsalute, sono effettuati:

a. per la finalità di erogare, ai soggetti aventi i requisiti statutari previsti e nell'ambito di un sistema di mutualità, prestazioni sanitarie integrative rispetto al Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, il trattamento consiste nell'iscrizione al Fondo; nella lavorazione delle richieste di rimborso, ivi compresi gli accertamenti amministrativi ed i controlli sanitari; nella liquidazione delle pratiche sanitarie indirette e di quelle in convenzione diretta. Il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità non è obbligatorio ed il loro trattamento richiede il suo consenso: il rifiuto di fornirli può comportare l'impossibilità per il Fondo a prestare il servizio;

in esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate o da organi di vigilanza e di controllo a cui il Fondo è soggetta (ad es. ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, etc.); il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il Suo consenso;

### 3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI E CONSERVAZIONE

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali o elettronici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi.

All'uopo si precisa ulteriormente che il trattamento dei dati personali è effettuato in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito e non conforme alle finalità della raccolta. In particolare, nel trattamento dei dati, il Fondo, e così pure i responsabili a ciò preposti, si avvarranno di misure organizzative, fisiche e logiche adeguate a garantirne la sicurezza e la riservatezza, con l'utilizzo di ogni adeguata misura atta a consentire e garantire la classificazione, la conservazione e la riservatezza dei dati stessi, quali controlli periodici, dispositivi antincendio e continuità elettrica, identificazione utente, controllo anti virus, backup periodici, etc.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori del Fondo, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo stesso e in conformità alle istruzioni che saranno dal medesimo impartite, nonché da consulenti, dipendenti di società esterne riconducibili ad alcuno dei soggetti di cui al successivo punto 4.

I dati personali vengono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento. Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 2 a), i dati personali verranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e comunque nel rispetto della vigente normativa. Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 2 b), i dati personali verranno conservati nel rispetto della vigente normativa o fintantoché l'Interessato non avrà esercitato il proprio diritto di opposizione o revocato il proprio consenso.

### 4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per lo svolgimento di talune attività, Previsalute ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli per l'effettuazione di procedure necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio delle pratiche di rimborso in genere.

I dati personali, possono essere comunicati ai seguenti soggetti:

- Compagnie di Assicurazione e Riassicurazione, Service amministrativi, Società incaricate della gestione dei servizi di Centrale Operativa e di Contact Center, delle richieste di rimborso e delle pratiche relative all'accesso in regime di assistenza diretta alle strutture convenzionate, della gestione dei collegamenti informatici, delle attività di consulenza, nonché di altre attività connesse a quelle indicate, della cui collaborazione il Fondo si avvale;
- Istituti bancari che devono effettuare il pagamento degli importi dovuto per le prestazioni;
- Struttura medica alla quale Ella intende rivolgersi;
- Società che gestiscono servizi postali informatizzati;
- consulenti medici, legali e tributari del Fondo.

Tali soggetti utilizzeranno i dati in qualità di autonomi "titolari" o di "responsabili" di specifici trattamenti in base ad accordi contrattuali con Previsalute.

I dati personali degli iscritti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

### 5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

a. accesso ai dati personali; b. rettifica dei propri dati personali (provvederemo, su Sua segnalazione, alla correzione di Suoi dati non corretti anche divenuti tali in quanto non aggiornati); c. revoca del consenso; d. cancellazione dei dati (diritto all'oblio) (ad esempio, in caso di revoca del consenso, se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento); e. limitazione del trattamento; f. opposizione al trattamento per motivi legittimi; g. portabilità dei dati (su Sua richiesta, i dati saranno trasmessi al soggetto da Lei indicato in formato che renda agevole la loro consultazione ed utilizzo); h. proposizione reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy). Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (art. 8).

### 6. COOKIES

Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

### 7. REGISTRAZIONE DELLE TELEFONATE

La informiamo che le telefonate al Call center di Previsalute potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa concernente la suddetta possibilità sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate in entrata avverrà a mezzo di un sistema automatizzato. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato ed in nessun modo disponibile a qualsiasi operatore non espressamente autorizzato.

Le registrazioni delle telefonate potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato – dipendenti e/o collaboratori del Call center – i quali, in qualità di titolari del trattamento dati, svolgono il servizio di assistenza tecnica e/o coordinamento dei servizi di Customer Care.

### 8. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolare del trattamento è: "Fondo Sanitario Aperto Previsalute – Società di Mutuo Soccorso" con sede in Preganziol – Loc. Borgo Verde, via E. Forlanini 24. Il Responsabile della protezione dei dati (RDP-DPO) è contattabile all'indirizzo [privacy@previsalute.it](mailto:privacy@previsalute.it). al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR.