NOMENCLATORE DEL

PIANO SANITARIO

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

PIANO SANITARIO
STATO MAGGIORE DELLA DIFESA

Convenzione 100915
Edizione Maggio 2026

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

PREMESSA

Il presente documento contiene la descrizione dettagliata delle prestazioni riconosciute dal Piano sanitario Previsalute "Stato Maggiore della Difesa" Edizione maggio 2026 e la relativa disciplina (quale, a titolo esemplificativo, condizioni e ambito di operatività, decorrenza, contribuzioni, esclusioni/limitazioni e modalità di erogazione delle prestazioni).

INDICE

- GLOSSARIO pag. 4
- CAPITOLO 1 – CONDIZIONI DEL PIANO SANITARIO pag. 11
- CAPITOLO 2 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO pag. 15
- CAPITOLO 3 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI pag. 27
- CAPITOLO 4 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO pag. 30
- CAPITOLO 5 - HOME INSURANCE pag. 42

ALLEGATI:

Allegato 1: Elenco GIC

Allegato 2: Gravi malattie

Allegato 3: Scheda Riassuntiva

GLOSSARIO

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

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

Anagrafica: file digitale contenente il censimento degli Assistiti.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assistito
- attiva la Centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

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

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

Assistito o Beneficiario delle prestazioni: i beneficiari del Piano sanitario Previsalute "Stato Maggiore della Difesa" Edizione maggio 2026, ossia persone fisiche, personale non militare dello stato maggiore della difesa aderenti a Previsalute.
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 appartenente al Gruppo Humanitas, anche non adibita al ricovero,
- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di

laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

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

Conclusione del trattamento attivo della patologia: ai fini della formazione dell'"oblio oncologico", per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico".

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

Day Hospital/Day Surgery: degenza 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.

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

Difetto fisico/Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose traumatiche acquisite o congenite.
I vizi di rifrazione sono considerati difetti fisici e non malattie né infortuni: pertanto tutte le prestazioni ad essi correlate non sono oggetto di indennizzo ai sensi del presente contratto.

Diritto all'oblio oncologico: il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193 in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.

Evento e Data Evento:
- **Prestazioni ospedaliere:** singolo Ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo Intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni a esso correlate (pre e post).
  N.B.: in presenza di due o più Cartelle cliniche, anche se relative a un Ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli Eventi sono due o più e considerati distinti.

Data Evento: data del Ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio

- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
  Data evento: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento.
- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.
  Data evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.
- **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.

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

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

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

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

Intervento chirurgico: atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nella Classificazione Internazionale delle Malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità[1].

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

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

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

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta.
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 https://www.onhc.it/on-health-insurance-agency/retail-e-pmi/area-assistiti/ o nell'App mobile.

Nomenclatore: il presente documento.

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

Nucleo familiare: Il titolare, il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente[2] sia fiscalmente a carico che non fiscalmente a carico e i figli purchè studenti fino al 26 esimo anno d'età. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati, purché fiscalmente a carico.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

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 Protezione S.p.A. che prevede l'erogazione delle prestazioni previste nel presente Piano sanitario.

Protesi odontoiatriche: dispositivi medici individuali realizzati per riabilitare le funzioni orali dei pazienti sprovvisti di uno o più denti. Possono essere fisse o mobili, parziali o totali.

Protesi ortodontiche: dispositivi medici individuali utilizzati per prevenire, intercettare e correggere i vari tipi di malocclusione, malposizione e disfunzione dei denti e delle strutture correlate.

Regime rimborsuale: regime per cui sono rimborsate all'Assicurato, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Contratto, le spese sostenute per:

- le prestazioni ricevute dall'Assicurato all'interno di strutture sanitarie liberamente scelte;
- le prestazioni ricevute dall'Assicurato all'interno di una struttura rientrante nel Network, qualora tali prestazioni non siano convenzionate oppure non sia convenzionato il medico che le esegue.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Società di Mutuo Soccorso: PREVISALUTE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO, Via Forlanini 24 - 31022 Borgo Verde - Preganziol - (TV) P.I. 9415001026, è

- un ente senza scopo di lucro che ha assunto la forma giuridica di società di mutuo soccorso disciplinata dalla Legge 3818 del 1886;
- ente del terzo settore ai sensi dell'art.1, 42 e seguenti del D.lgs 117/2017 – Codice del Terzo Settore.
- iscritta presso il Registro Imprese alla sezione Imprese Sociali e con tale iscrizione soddisfa al requisito dell'iscrizione nella sezione RUNTS per le società di mutuo soccorso (art.3, comma 1 lett. f D.M. 106/2020).

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

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno di durata del Piano sanitario e per singola garanzia, nell'ambito del Massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.
Per Ricoveri con Intervento chirurgico il Sub-massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale di Intesa Sanpaolo Protezione 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 si associa a Previsalute e acquista il Piano sanitario, potendo poi inserire in copertura il suo coniuge o il suo convivente in Coppia di fatto o la persona a lui unita civilmente.

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza
Devono essere effettuati solo in Centri medici, da:

- medico specialista
- fisioterapista iscritto alla Federazione Nazionale e Odine Fisioterapisti (FNOFI)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)

Non rientrano nella definizione, e quindi non sono oggetto di Indennizzo, le prestazioni:

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

Visita specialistica:
Prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.
Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria. Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le prestazioni di telemedicina.

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.

Massimali, limiti, Franchigie, Scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati in questo Nomenclatore, nella spiegazione delle singole prestazioni e nell'allegato 3 "Scheda riassuntiva".

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 Intesa Sanpaolo Protezione.
Con l'adesione al Piano sanitario, ciascun Assistito acquisisce lo status di "Assicurato" rispetto a tale Polizza, ricevendo quindi le corrispondenti prestazioni direttamente da Intesa Sanpaolo Protezione, 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 da Intesa Sanpaolo Protezione nell'esecuzione della Polizza.

Art. 3. Carenza contrattuale

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

Il Piano sanitario decorre:

- dal momento di decorrenza della copertura per le prestazioni da infortunio;
- dal 90° giorno successivo alla decorrenza della copertura, per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia;
- dal 90° giorno successivo alla decorrenza della copertura, per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia

Qualora il Piano Sanitario sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità di altro Piano Sanitario, stipulato con Intesa Sanpaolo Protezione o con altro Ente o Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assistito e le stesse garanzie, i termini di carenza sopra riportati operano:
- dal giorno in cui aveva avuto effetto la copertura sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente Piano Sanitario limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.
Quanto suddetto vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto. In caso di mancato pagamento di una rata di premio entro i termini previsti, sono applicati nuovamente i termini di carenza previsti dal Piano Sanitario.
In questo caso al momento del sinistro deve essere fornita copia del contratto precedente. In caso contrario, quindi in assenza di contratto, verranno applicate le carenze sopra indicate.

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

4.1 Decorrenza

Salvo quanto stabilito dall'art. 3 "Carenza Contrattuale" il Piano sanitario:

- se l'adesione avviene **dal 1° al 15° giorno del mese**, decorre dal 1° giorno del mese successivo (es. adesione avvenuta il 12 giugno, decorrenza 1 luglio);
- se l'adesione avviene **dal 16° giorno fino alla fine del mese**, decorre dal 1° giorno del secondo mese successivo (es. adesione avvenuta il 20 giugno, decorrenza 1 agosto).

La decorrenza opera salvo buon fine (SBF) dell'incasso del Contributo o della rata di Contributo in caso di rateizzazione.

4.2 Contributo

Il Contributo è determinato per periodi di durata del Piano sanitario pari a un anno.
Per il **primo anno di decorrenza**, il Contributo annuo è determinato sugli effettivi mesi di copertura, calcolati dalla data di decorrenza del Piano Sanitario fino alla sua scadenza.
L'ammontare del Contributo varia in funzione dell'opzione selezionata.
Pur essendo annuo e indivisibile, il Contributo deve essere versato in anticipo o in alternativa in rate mensili, secondo quanto riportato nel Modulo di adesione al Piano sanitario.
Il contributo è versato dall'Associato alla Società di Mutuo Soccorso con addebito su c/c.

I Contributi sono suddivisi per opzione, riportano l'importo annuo e il frazionamento mensile e sono i seguenti:

OPZIONE	PERSONE COPERTE	CONTRIBUTO ANNUO	CONTRIBUTO MENSILE
BASIC 1	DIPENDENTE	**204,00 euro**	**17,00 euro**
BASIC 2	NUCLEO DEL DIPENDENTE	**432,00 euro**	**36,00 euro**
BASIC 3	QUIESCENTE + NUCLEO	**660,00 euro**	**55,00 euro**

4.3 Tacito rinnovo e disdetta

La durata del Piano Sanitario è automaticamente prorogata di un anno e così per le successive scadenze, salva disdetta dell'Assistito al Piano sanitario entro 60 giorni dalla scadenza originaria o prorogata, da comunicarsi tramite raccomandata a Previsalute Società di Mutuo Soccorso, presso la sede in Via Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV) o alternativamente tramite invio di PEC all'indirizzo previsalute@twtcert.it.

Qualora Previsalute dovesse dare disdetta alla Convenzione o al Piano sanitario, dovrà darne comunicazione all'Assistito almeno 60 giorni prima della scadenza (originaria o prorogata) della Convenzione o del Piano stesso.
In ogni caso, entro il medesimo termine di disdetta annuale, Previsalute comunicherà al Titolare:

- eventuali modifiche al contenuto della Convenzione (a titolo solo esemplificativo e non esaustivo: riduzione di massimali e del numero di prestazioni previste, aumento di franchigie e scoperti ecc..) derivante dall'andamento tecnico del Piano sanitario;
- il contributo che il socio deve corrispondere per l'annualità successiva.

In assenza di disdetta dell'Assistito nei termini di 60 giorni dalla scadenza del Piano Sanitario, le modifiche si avranno per accettate e il Piano prorogato.

In ipotesi di disdetta da parte dell'Assistito, il Piano Sanitario cesserà d'aver efficacia alle ore 24:00 dell'ultimo giorno della sua durata annuale originaria.

Art. 5. Anagrafica

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

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

6.1 Inclusione di Familiari in corso d'anno

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza del presente Piano Sanitario è consentita solo per i neonati. Con l'inserimento del neonato in copertura, il premio verrà aggiornato al rinnovo della polizza.
Tali inclusioni devono essere comunicate a Intesa Sanpaolo Protezione **entro 30 giorni** dalla nascita. La copertura opera dalla data della nascita.

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza del presente Piano Sanitario non è consentita. Nel caso di variazione della composizione del Nucleo familiare (a seguito di matrimonio, convivenza more uxorio), 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. 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.

Art. 7. Categorie beneficiarie del Piano sanitario

Assumono la qualifica di Beneficiari delle prestazioni le persone fisiche aderenti alla Società di Mutuo Soccorso e relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare.

Art. 8. Estensione Territoriale

Il Piano sanitario vale in tutto il mondo.

Art. 9. Obblighi di consegna dei documenti da parte dell'Associato all'Assistito

La Società di Mutuo Soccorso deve consegnare all'Assistito:

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

Art. 10. Diritto all'oblio oncologico

Se l'Assistito è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile al seguente link https://www.intesasanpaoloprotezione.com/notizie/oblio-oncologico.

L'Assistito che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del Piano Sanitario abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.

Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità dell'Assistito. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'Assistito. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio dell'Assistito ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

CAPITOLO 2 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Art. 11. Descrizione delle prestazioni

Nel seguito si riporta la descrizione delle singole prestazioni previste dal Piano sanitario, dando evidenza (insieme a quanto previsto nell'allegato 3 "Scheda riassuntiva") dei Massimali, limiti, Franchigie, Scoperti, esclusioni e condizioni specifiche.

Per quanto concerne il presupposto di operatività del Piano Sanitario– ossia la Malattia o l'Infortunio – si precisa che sono ricomprese in copertura le Malattie (anche croniche e recidivanti) che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della copertura nei confronti dell'Assistito.

Per tali Malattie pregresse la garanzia opera con le seguenti modalità di copertura progressiva:

- nella misura del **50% delle spese indennizzabili** qualora le prestazioni sanitarie siano effettuate **dopo 6 mesi** dalla data di decorrenza della copertura nei confronti dell'Assistito;
- nella misura del **100% delle spese indennizzabili** qualora le prestazioni sanitarie siano effettuate **dopo 24 mesi** dalla medesima data di decorrenza.

Si precisa che le percentuali sopra indicate non tengono conto di franchigie, scoperti e massimali previsti per le specifiche garanzie, pertanto gli indennizzi effettivamente corrisposti potrebbero risultare di ammontare inferiore.

Resta inteso che, durante i primi **6 mesi** dalla data di decorrenza della copertura nei confronti dell'Assistito, **le Malattie pregresse non sono indennizzabili**.

Tale estensione non vale invece per gli Infortuni verificatisi prima dell'inserimento dell'Assistito in copertura.

Con riferimento alla Malattia, 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 a Intesa Sanpaolo Protezione non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie, stati d'essere o in generale segni o sintomi 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.

Sono indennizzate le spese relative a prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere, nonché le spese relative ai pacchetti prevenzione che si differenziano per fasce d'età (under 45, 45/65e over 65). Tutte le prestazioni della copertura devono essere eseguite esclusivamente in centri convenzionati Humanitas

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in questo Nomenclatore, nelle singole garanzie e nell'allegato 3.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1.1. Ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (elenco tipologie di intervento chirurgico all'allegato 1) o intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (elenco all'allegato 2)

Prima del ricovero
Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro i limiti indicati nell'opzione prescelta prima del ricovero o dell'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo e di ogni soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento e apparecchi protesici applicati durante l'intervento stesso;
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi purché relativi alla patologia e al periodo di ricovero o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- vitto e pernottamento di un accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura
- ricettiva
- assistenza infermieristica notturna durante il periodo di ricovero

Dopo il ricovero
esami, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi e assistenza infermieristica domiciliare sostenuti nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni da ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

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

1.2 Spese accompagnatore

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

Limite: 50,00 euro al giorno per massimo di 30 giorni per anno/nucleo

1.3 Trasporto sanitario

Trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno) presso il quale debba recarsi per essere ricoverato ai sensi di Polizza, e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.
La scelta del mezzo per il trasporto spetta ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Limite: Trasporto sanitario: 2.000,00 euro all'anno
Trasporto sanitario per ricovero all'estero: 4.000,00 euro all'anno

2.1 Ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (elenco all'allegato 2) che non comporti intervento chirurgico

Prima del ricovero
Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro i limiti indicati nell'opzione prescelta prima del ricovero, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricorso alle prestazioni.

Durante il ricovero

- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- assistenza medica, infermieristica, medicinali, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami ed accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero vitto e pernottamento di un accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura

Dopo il ricovero
esami, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi e assistenza infermieristica domiciliare sostenuti nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni da ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

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

Ospedalizzazione Domiciliare
A seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza sono garantite prestazioni di ospedalizzazione domiciliare di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, finalizzata al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 giorni, successivo alla data di dimissioni.
La garanzia viene accordata fino a concorrenza della complessiva somma di € 3.000 - da intendersi quale massimale per anno contrattuale per Assistito, senza applicazione di alcuna franchigia e/o di alcuno scoperto per le prestazioni eseguite nelle strutture in

convenzione e con l'applicazione di uno scoperto a carico dell'Assistito del 25% per sinistro in caso di prestazioni eseguite fuori convenzione.

1.1 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 3.000,00 euro per anno e per persona

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: 100%
- Regime rimborsuale: 25%

Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono comprese le spese di espianto e trasporto dell'organo. In caso di donazione da vivente, sono comprese le spese per l'intervento chirurgico di espianto e per i relativi accertamenti diagnostici, le cure, i medicinali, l'assistenza medica e infermieristica e le rette di degenza, secondo le modalità di cui ai precedenti punti.

Ricovero per Cure Oncologiche

Nei casi di pernottamento per malattie oncologiche maligne è riconosciuta un'indennità di € 10.000 in unica soluzione, una tantum per periodo di vigenza del contratto (proroga inclusa), per il primo ricovero denunciato dall'Assicurato e indipendentemente dal numero di ricoveri avvenuti nel periodo di vigenza contrattuale ricollegabili alla stessa patologia.
Per cure oncologiche non maligne verrà riconosciuta un'indennità ridotta, pari a € 5.000 in unica soluzione, una tantum per periodo di vigenza del contratto (proroga inclusa), per il primo ricovero denunciato dall'Assicurato e indipendentemente dal numero di ricoveri avvenuti nel periodo di vigenza contrattuale ricollegabili alla stessa patologia. L'indennità sarà riconosciuta a partire dal secondo pernottamento.

Indennita' sostitutiva in caso di ricovero in Istituto di cura reso necessario da Grande Int. Chirurgico (Elenco Allegato 1) o Grave Malattia (Elenco Allegato 2)

Qualora non risultino spese a carico dell'Assicurato in quanto i costi relativi sia al periodo di ricovero, sia per altra prestazione ad esso connessa, esclusi eventuali ticket, sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero in assenza di rimborso delle spese sostenute durante la degenza, è corrisposta un'indennità sostitutiva pari a € 120 per ogni notte di ricovero trascorsa in Istituto di cura, per un massimo di 90 giorni.

Indennita' sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura diverso da GIC (elenco allegato 1) o grave malattia (elenco allegato 2) con esclusione del parto e del day hospital

In caso di ricovero in istituto di cura per motivi diversi da intervento chirurgico e da grave malattia (esclusi parto e day-hospital), verrà corrisposta un'indennità di € 30 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento. La presente garanzia verrà erogata indipendentemente che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

Decesso dell'assicurato e rimpatrio della salma
In caso di decesso dell'Assicurato, per periodo di vigenza del contratto (proroga inclusa) e per nucleo familiare, viene erogato:

- un rimborso forfettario di € 5.000;
- in caso di decesso all'estero durante un ricovero, le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500.

Anticipo dell'indennizzo
Nel caso in cui l'istituto di cura, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di Piano, richieda il pagamento di un anticipo, l'Assicurato può chiedere la corresponsione di tale anticipo fino a un massimo di € 25.000,00 per evento. In caso di ricovero presso Istituto di cura fuori convenzione, l'importo anticipabile è ridotto a € 15.000,00 per evento. L'anticipo può essere richiesto una volta sola per periodo di vigenza del contratto (eventuale proroga inclusa).

2. Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere

- Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili a termini di polizza

- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
  a. gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, quando previsto
  b. gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%

- Sono oggetto di Indennizzo le spese per gli interventi ricostruttivi, avvenuti in vigenza di copertura, se conseguenti a interventi demolitivi di natura oncologica per qualunque sede anatomica. Nel caso di neoplasia mammaria, tale garanzia interviene in caso di mastectomia radicale. È compresa anche la simmetrizzazione effettuata in concomitanza con tale intervento.
  Tale garanzia opera anche se:
  - l'intervento ricostruttivo ha natura estetica
  - l'intervento ricostruttivo è effettuato in un secondo momento rispetto all'intervento demolitivo
  - l'intervento demolitivo è stato eseguito prima della decorrenza della copertura.

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

3. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui/nucleo
Per il complesso delle prestazioni indicate: 250.000,00 euro

Sub-massimali annui a Nucleo per
- interventi ricostruttivi: 5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria
- ospedalizzazione domiciliare: 3.000 euro
- rimpatrio salma: 5.000,00 euro
- rimpatro salma per decesso all'estero: 1.500,00 euro

Regimi di erogazione
- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale / regime misto ovvero utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma prestazioni effettuate da medici non convenzionati
- Servizio sanitario nazionale

Franchigie e scoperti
- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale/misto: franchigia di 3.000 euro a evento
- Servizio Sanitario Nazionale: ticket al 100%

Esempi: Piano basic 1

Regime di assistenza diretta
Massimale € 250.000,00
Costo dell'intervento di Gastrectomia totale con linfoadenectomia € 25.000,00
Nessuno scoperto franchigia
Prestazione autorizzata € 25.000,00 di cui 00,00€ a carico dell'Assicurato e 25.000,00 € a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale
Massimale € 250.000,00
Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 25.000,00
Franchigia 3.000
Indennizzo € 22.000

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA (ESAMI STRATIGRAFICI E CONTRASTOGRAFICI) – "ANCHE DIGITALE"
- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia

- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia - Wirsunggrafia

ACCERTAMENTI

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN) - Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Endoscopia digestiva (E.G.D.S. – Retto sigmoideo colonsco-pia - ERCP)
- Test genomico (Oncotype Dx), susseguente a diagnosi e/o intervento chirurgico per tumore al seno

TERAPIE

- Chemioterapia
- Radianti loco-regionali
- Dialisi
- Radioterapia

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5.000,00 euro per anno/persona

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti
- Assistenza diretta: franchigia fissa di 45,00 euro per prestazione
- Regime rimborsuale: franchigia fissa di 45,00 euro per prestazione
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Regime di Assistenza diretta
Massimale € 5.000,00
Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00
Franchigia fissa assoluta di 45 €
Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 200,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 45,00 a carico dell'Assicurato
Regime Rimborsuale
Massimale € 5.000,00
Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00
Franchigia fissa assoluta di 45 €
Indennizzo: 200,00 euro

2. VISITE, ACCERTAMENTI, E ANALISI DI LABORATORIO

2.1 Prestazioni

Sono riconosciute queste spese, escluse le prestazioni del punto 1:
- visite specialistiche (escluse le pediatriche)
- Ambulatoriali e/o domiciliari

conseguenti a malattia o infortunio.
Intesa Sanpaolo Protezione copre inoltre le spese per una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.400,00 euro anno/persona condiviso con 1. Alta specializzazione

Regimi di erogazione
- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti
- Assistenza diretta: franchigia fissa assoluta di 35 € per singola prestazione o ciclo di cura
- Regime rimborsuale: franchigia fissa assoluta di 35 € per singola prestazione o ciclo di cura
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi Piano basic_2
Regime di Assistenza diretta/Regime rimborsuale

Massimale € 1.400,00 (sub massimale dell'alta specializzazione)
Costo della visita specialistica € 300,00
Franchigia € 35,00
Prestazione autorizzata € 300,00 di cui € 265,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 35,00 a carico dell'Assicurato

C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

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

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

1. Prestazioni

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

- Ictus
- Infarto
- Ernia del disco - iatale
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale
- Ricostruzioni capsulo legamentose
- Protesi articolare
- Patologie polmonari
- Postumi di interventi per fratture

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

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

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.000,00 euro per anno/persona

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti
- Assistenza diretta: scoperto del 5% per ogni prestazione o ciclo di cura
- Regime rimborsuale: scoperto del 10% per ogni prestazione o ciclo di cura
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%.**

Regime di Assistenza diretta
Massimale € 1.000,00
Costo della massoterapia (3 sedute) € 240,00
Scoperto 5%
Prestazione autorizzata € 228,00 di cui € 210,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 12,00 a carico dell'Assicurato

D) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (VALIDA SOLO PER OPZIONE BASIC 2)

1. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

1.1. Prestazioni

La Compagnia copre le spese per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio in presenza di certificato rilasciato da un Pronto Soccorso.

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.500,00 euro per persona

Regimi di erogazione
- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti
- Assistenza diretta: Scoperto del 10% per ogni prestazione o ciclo di cura. Minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura per persona.
- Regime rimborsuale: Scoperto del 20% per ogni prestazione o ciclo di cura. Minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura per persona.

2. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

2.1 Prestazioni

Sono previste le seguenti prestazioni: pacchetto prevenzione odontoiatrica (1 volta l'anno) che consiste in una prima visita odontoiatrica, ablazione tartaro, fuoroprofilassi, ortopantomografia o radiografia endorale (se ritenuto necessario dal medico in sede di visita). Altre prestazioni minime incluse sono l'otturazione semplice o interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero come da tabella.

PRESTAZIONI	PACCHETTO PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE
PACCHETTO PREVENZIONE ODONTOIATRICA	**Pacchetto prevenzione odontoiatrica, 1 volta l'anno** • **Prima visita odontoiatrica** • **Ablazione tartaro** • **Fluoroprofilassi** • **Ortopantomografia o radiografia endorale, se ritenuto ne-cessario dal medico in sede di visita**

ALTRE PRESTAZIONI MINIME INCLUSE	• **Otturazione semplice (massimo 2 prestazioni per anno)**
	• **Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero conseguenti alle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale:**
	  • **Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso**
	  • **Cisti follicolari**
	  • **Cisti radicolari**
	  • **Adamantinoma**
	  • **Odontoma**
	  • **Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare**

2.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 10.000,00 euro per anno/persona

Regimi di erogazione
- Assistenza diretta per pacchetto prestazioni odontoiatriche
- Regime rimborsuale solo per interventi chirurgici odontoiatrici

Franchigie e scoperti
- Assistenza diretta: franchigia 25,00 euro per prestazione
- Regime rimborsuale: scoperto del 20%

Esempi:
Regime di Assistenza diretta
Massimale € 10.000,00
Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Franchigia 25,00 euro
Indennizzo € 170,00 di cui € 155,00 a carico alla Compagnia e € 25,00 a carico dell'Assicurato
Regime rimborsuale
Massimale € 10.000,00
Richiesta di rimborso per ciste follicolare € 350,00
Scoperto 20%
Indennizzo € 280,00

E) ALTRE GARANZIE

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.

CAPITOLO 3 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 12 Esclusioni

Sono esclusi dal Piano sanitario:

1) infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;

2) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza

3) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;

4) infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli a motore o natanti come guidatore o passeggero (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill";

5) infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti;

6) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo;

7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;

8) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;

9) spese in conseguenza di malattie mentali (elencate nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD11-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico

10) interruzione volontaria della gravidanza

11) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza, per tumori maligni

12) prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale) salvo quanto previsto nella garanzia prestazioni odontoiatriche laddove presente nell'opzione prescelta;

13) cure e interventi per eliminare o correggere malformazioni/difetti fisici o le loro conseguenze, salvo quanto previsto all'art. 24;

14) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;

15) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);

16) ricoveri in lungodegenza;

17) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari. Non è in ogni caso riconosciuta per tale tipologia di interventi l'indennità sostitutiva di cui all'art. 11;

18) correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;

19) interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40 al momento dell'intervento); prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;

20) prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel "dopo il ricovero";

21) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);

22) spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini;

23) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale;

24) ricoveri impropri

25) infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, le relative conseguenze e complicanze;

26) le conseguenze dirette di Malattie (anche croniche e recidivanti), difetti fisici/malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della garanzia, ad eccezione di quanto previsto per le malattie pregresse all'art. 11";

27) conseguenze dirette o indirette di Pandemie

Art. 13. Persone collegabili al Piano sanitario

Età minima

Non possono entrare in copertura soggetti che non abbiano già compiuto 16 anni al momento della decorrenza dell'Assicurazione. Tale limite non si applica ai figli del Titolare che possono essere inseriti in copertura secondo quanto indicato nella definizione di "Nucleo familiare".

Età massima

Non possono entrare in copertura soggetti che abbiano già compiuto 75 anni al momento della decorrenza del Piano Sanitario. Per gli Assistiti che raggiungono tale limite di età in corso di copertura, la copertura nei loro confronti cessa alla prima scadenza annuale del Contratto, salvo specifica deroga.

CAPITOLO 4 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 14. Oneri in caso di sinistro

In considerazione del fatto che, come indicato al precedente art. 2 del Capitolo 1, Intesa Sanpaolo Protezione 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 "Intesa Sanpaolo Protezione" e "l'Assicurato".

Denuncia

L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo Protezione non appena possono.
Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo[3].
Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione di Intesa Sanpaolo Protezione, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.
La Centrale operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica (i.e., non valutano l'idoneità del piano terapico 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 Protezione respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi, in cui si ritengono mancare gli elementi essenziali sotto richiamati

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

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

[3] Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

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

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

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

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le 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 Protezione
L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da Intesa Sanpaolo Protezione 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 Protezione
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

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

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

Prestazioni intramoenia

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

Prestazioni tra due annualità

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

Non sono ammesse fatture in acconto.

Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital

I limiti di spesa (per esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).
In regime di Assistenza Diretta, nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalla polizza. L'Assicurato è tenuto a restituire a Intesa Sanpaolo Protezione, a

fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato è tenuto, su richiesta di Intesa Sanpaolo Protezione, a restituire l'intera somma pagata dalla Compagnia alla Struttura Convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura Convenzionata se la Compagnia non aveva ancora provveduto al pagamento.

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:
- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

14.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Sono previste 2 fasi:
1) richiesta del voucher
2) rilascio del voucher

Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale operativa** (attiva **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**) **allegando la documentazione necessaria.**
Per poter ricevere la prestazione autorizzata, **l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute® e consegnare la prescrizione medica.**

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'autorizzazione per ogni singola prestazione che deve eseguire; non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.
Limitatamente alle prestazioni odontoiatriche e fisioterapiche l'Assicurato deve richiedere autorizzazione solamente della prima prestazione prevista dal ciclo di terapia o dal piano di cura; le restanti autorizzazioni vengono invece effettuate dalla struttura sanitaria del Network.

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

Dati da fornire alla Centrale operativa
- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione o eventuali credenziali fornite da Intesa Sanpaolo Protezione
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico.

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

1) PRESCRIZIONE MEDICA

Prescrizione medica (anche di tipo elettronico) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia o sospetta tale** per la quale è richiesta la prestazione indicata in prescrizione.

- **è necessaria la prescrizione del medico di base o del medico specialista per** tutte le prestazioni
- per tutte le prestazioni la prescrizione deve essere fatta da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, è necessario il relativo referto
- Prestazioni odontoiatriche: è necessaria la prescrizione medica dell'**odontoiatra**
- Prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, dalle terapie e dalle analisi di laboratorio: nel caso di richiesta di Assistenza diretta in via telefonica, per la Centrale operativa può essere sufficiente la **sola lettura** della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase
- Prestazioni di prevenzione (sanitaria e odontoiatrica)**: non è richiesta la prescrizione medica**

2) ULTERIORE DOCUMENTAZIONE SPECIFICA

- Prestazioni oncologiche di follow-up: **copia del tesserino "esenzione 048"**
- Prestazioni pre-Ricovero in regime di Assistenza diretta: **copia del certificato di prenotazione del Ricovero,** o dell'autorizzazione al Ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa in caso di Ricovero in regime di Assistenza diretta
- Ricoveri medici: **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione, ove previsti dal Contratto
- Prestazioni da eseguire in stato di "gravidanza a rischio": **certificato medico** che attesta la patologia e il **codice di esenzione** oppure **certificato del ginecologo** del dipartimento di medicina legale del Servizio Sanitario Nazionale
- Prestazioni necessarie a seguito di Infortunio:
  - **referto del Pronto Soccorso**, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un **certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.** In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può trasmettere un certificato redatto da medico specialista (diverso da quello che effettua direttamente o indirettamente le prestazioni) che dichiari: causa/e, luogo e dinamica dell'infortunio, unitamente alla descrizione delle lesioni subite dall'Assicurato e al nesso di causalità con l'infortunio. Il costo di tale certificato rimane a carico dell'Assicurato.
  - le **cure dentarie da Infortunio** devono essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio deve essere comprovato con **idonea documentazione** (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie); è comunque sempre necessaria la **prescrizione medica dell'odontoiatra**

- se l'Infortunio è **responsabilità di un terzo**: indicazione anche del nominativo e il recapito del **terzo responsabile**
- In caso di **incidente stradale**: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare il **Modulo CID** (constatazione amichevole) o la **denuncia** inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente

- Prestazioni odontoiatriche: per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:
  - **fotografie** (anche intraorali) e/o **Radiografie** endorali e/o **Ortopanoramiche** e/o **Dentalscan**
  - **referto dell'esame istologico** in caso di asportazione di cisti mascellari, mandibolari, radicolari o biopsie
  - **certificati di laboratorio**

  come meglio dettagliati nella tabella sotto riportata:

	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	**Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti**	**Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti**
CONSERVATIVA (ad esempio cavità di 5° classe di BLACK)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di ricostruzione con ancoraggio vite a perno	Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi solo certificato di laboratorio
IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)	Radiografie endorali e/o ortopanoramiche e/o Dentalscan		Radiografie endorali e/o ortopanoramiche
PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio
ORTOGNATODONZIA (per es. terapia ortodontica con apparecchiature fisse)	Ortopanoramica, fotografie intraorali e dei modelli in gesso singoli e in occlusione		Fotografie post prestazione (con apparecchio/bite applicato)
PARODONTOLOGIA (per es. levigatura	Fotografie e/o radiografie endorali	Fotografie in caso di: chirurgia gengivale, chirurgia	Fotografie e/o radiografie endorali

delle radici)	e/o ortopanoramiche	mucogengivale o abbassamento di fornice, amputazioni radicolari, chirurgia ossea, innesto autogeno o di materiale biocompatibile (prima della sutura), lembo gengivale semplice, lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti mucogengivali, levigatura delle radici e/o courettage gengivale.	endorali e/o ortopanoramiche. In caso di placca di svincolo, anche certificato di laboratorio Placca di svincolo: foto post con apparecchio applicato e certificato laboratorio.
IGIENE ORALE (ablazione del tartaro)			Fotografie intraorali post prestazione
DIAGNOSTICA (per es. radiografia endorale)			Immagine referto che riporti data, nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della prestazione

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

Ricerca della struttura

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

- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate **e la prestazione da eseguire.**

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post Ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata:

1. ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia;
2. alla fine della copertura.

Esempio 1:
se le prestazioni post Ricovero possono essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® è rilasciato il 10 Novembre, il voucher ha validità di 20 giorni per eseguire le prestazioni.

Esempio 2:
VoucherSalute® emesso il 10/11/2026;
VoucherSalute® valido fino al 31/12/2026, per un totale di 51 giorni (in luogo dei convenzionali 90 giorni dalla data di emissione).

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 90 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta, la Centrale operativa:

- rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 4 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa,** dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)
- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 4 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
- invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 90 giorni dalla data di emissione, a meno di limiti che intervengano prima dei 90 giorni per:

1. il raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o
2. La cessazione della copertura.

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

Esempio 1:
Data di dimissione ospedaliera a seguito di ricovero: 10/03/2025
Termine di indennizzo per le spese post ricovero: 120 giorni dalle dimissioni (10/07/2025)

Richiesta VoucherSalute®: 05/05/2025
VoucherSalute® emesso il 10/05/2025;
VoucherSalute® valido fino al 10/07/2025, per un totale 60 giorni dal 10/05/2025.

Esempio 2:
VoucherSalute® emesso il 10/12/2025;
VoucherSalute® valido fino al 31/12/2025, per un totale 21 giorni dal 10/12/2025.

Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullare il voucher prima dell'erogazione della prestazione presso la struttura sanitaria, può farlo dalla propria area riservata.

Modifiche o integrazioni alle prestazioni

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

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

Segnalazione di nuove Strutture

Se hanno interesse per una struttura sanitaria che non è già parte del Network, gli Assicurati possono segnalarla, perché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento.
È sufficiente proporre la candidatura nel sito www.previmedical.it alla sezione "Richiedi una convenzione"

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

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa

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

L'eccezione prevista dal presente paragrafo si applica limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.
Il criterio di gravità si caratterizza come una condizione che mette in pericolo di vita il paziente o a rischio di compromissione definitiva una o più funzioni oppure a rischio di rapido peggioramento delle condizioni cliniche (ad esempio Infarto del miocardio).
In caso di necessità, qualora l'Assistito si trovi all'estero ed abbia la necessità di conoscere l'eventuale presenza di strutture convenzionate, può farlo per il solo tramite della Centrale Operativa, contattandola e chiedendo la presa in carico per i soli casi di ricovero.

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

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

c) La prenotazione

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Protezione, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

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

d) Centrale operativa non attivata

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

e) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, franchigie, prestazioni non previste dalle CDA), e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)
- Intesa Sanpaolo Protezione effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di ricovero cartella clinica completa contenente anche la S.D.O., certificato di conformità rilasciato dall'ottico[4],...).

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

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

14.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso/misto

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, a eccezione delle prestazioni odontoiatriche;** 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 Protezione può sempre chiederne anche gli originali.

Intesa Sanpaolo Protezione 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 spese sanitarie" (disponibile nel sito www.intesasanpaoloprotezione.com).
Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, Intesa Sanpaolo Protezione prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

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

2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È necessaria la prescrizione del medico di base o del medico specialista per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
3. **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche** la S.D.O., in caso di Ricovero anche in Day Hospital
4. dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
5. **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti,** in caso di ricoveri medici
6. **in caso di gravidanza a rischio**: certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
7. copia del **tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
8. **per trattamenti fisioterapici:**
   i. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
   ii. indicazione delle generalità del professionista che ha effettuato la prestazione e dell'ordine territoriale di appartenenza
   iii. in caso di ciclo di prestazioni, il calendario rilasciato dal Centro medico
9. in caso di **infortunio** devono essere presentati anche**:**
   - **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può trasmettere un certificato redatto da medico specialista (diverso da quello che effettua direttamente o indirettamente le prestazioni) che dichiari: causa/e, luogo e dinamica dell'infortunio, unitamente alla descrizione delle lesioni subite dall'Assicurato e al nesso di causalità con l'infortunio. Il costo di tale certificato rimane a carico dell'Assicurato.
   - se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo**, anche il nominativo e il recapito del terzo.**
     In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, **l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole)

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

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:
INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.
c/o PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

b) Richiesta di rimborso on line

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

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

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

Restituzione delle somme indebitamente pagate

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

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

CAPITOLO 5 – HOME INSURANCE

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.

2. CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

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

Sul sito internet: **https://www.onhc.it/on-health-insurance-agency/retail-e-pmi/area-assistiti/**

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

Web:https://webab.previmedical.it/arena-fusion/login.html?originalUrl=%2Findex.html#/
Area riservata – Piani individuali - Pratiche. Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

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

App mobile "Citrus"

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

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

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

PreviSalute
Fondo Sanitario Aperto

ONHC
ON HEALTH INSURANCE AGENCY

Allegato 1: 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 e stimolazione cerebrale profonda (DBS – deep brain stimulation, in due tempi)

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 linfoadenectomia
- 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 linfoadenectomia
- 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
- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfoadenectomia 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 2: Gravi Malattie

Infarto miocardico
Cancro
Ictus cerebrale
Insufficienza renale
Insufficienza epatica cronica terminale
Coma
Trapianto d'organo

Allegato 3: Schede riassuntive

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

Piano Basic 1	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
1. Ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (allegato 1) o intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (allegato 2)	
Massimale	250.000,00 euro per Assicurato, condiviso con A.2
Condizioni:	
- diretta	Nessuna franchigia/scoperto
- rimborso/mista	Franchigia 3.000,00 euro
- ticket	Nessuna franchigia/scoperto
Pre/post	150 giorni/150 giorni
2. Ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (allegato 2) che non comporti intervento chirurgico	
Massimale	250.000,00 euro per Assicurato, condiviso con A.1
Condizioni:	
- diretta	Nessuna franchigia/scoperto
- rimborso/mista	Franchigia 500,00 euro
- ticket	Nessuna franchigia/scoperto
Pre/post	150 giorni/150 giorni
Sub massimali (*)	
Spese accompagnatore	50,00 euro al giorno per massimo di 30 giorni per anno/nucleo
Trasporto sanitario	2.000,00 euro all'anno
Trasporto sanitario per ricovero all'estero	4.000,00 euro all'anno
Ospedalizzazione domiciliare	3.000,00 euro per Assicurato
Condizioni:	120 giorni post dimissioni
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	Scoperto 25%
Ricovero per cure oncologiche	
Indennità per malattie oncologiche maligne	10.000,00 euro
Indennità per cure oncologiche non maligne	5.000,00 euro
Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (allegato 1) o intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (allegato 2)	120,00 euro al giorno per massimo 90 giorni
Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (allegato 1) o grave malattia (allegato 2), esclusi parto e day hospital	30,00 euro al giorno per massimo 30 giorni
Decesso e rimpatrio salma	5.000,00 euro; 1.500,00 per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero
Anticipo indennizzo	Massimo 25.000,00 euro per sinistro in struttura convenzionata; Massimo 15.000,00 euro per sinistro in struttura non convenzionata
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	

1. Alta specializzazione	Da elenco
Massimale	5.000,00 euro per Assicurato
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 45,00 euro per ogni prestazione
- rimborso	Franchigia 45,00 euro per ogni prestazione
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
2. Prestazioni specialistiche	
Massimale (sub-massimale di B.1)	1.400,00 euro per Assicurato
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 35,00 euro per singola prestazione o ciclo di cura
- rimborso	Franchigia 35,00 euro per singola prestazione o ciclo di cura
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
3. Trattamenti fisioterapici riabilitativi	
Massimale	1.000,00 euro per Assicurato
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 5% per ogni prestazione o ciclo di cura
- rimborso	Scoperto 10% per ogni prestazione o ciclo di cura
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
C) ALTRE GARANZIE	
Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura	Previsto

Piano Basic 2	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
1. Ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (allegato 1) o intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (allegato 2)	
Massimale	250.000,00 euro per Assicurato, condiviso con A.2
Condizioni:	
- diretta	Nessuna franchigia/scoperto
- rimborso/mista	Franchigia 3.000,00 euro
- ticket	Nessuna franchigia/scoperto
Pre/post	150 giorni/150 giorni
2. Ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (allegato 2) che non comporti intervento chirurgico	
Massimale	250.000,00 euro per Assicurato, condiviso con A.1
Condizioni:	
- diretta	Nessuna franchigia/scoperto
- rimborso/mista	Franchigia 500,00 euro
- ticket	Nessuna franchigia/scoperto
Pre/post	150 giorni/150 giorni
Sub massimali (*)	
Spese accompagnatore	50,00 euro al giorno per massimo di 30 giorni per anno/nucleo
Trasporto sanitario	2.000,00 euro all'anno
Trasporto sanitario per ricovero all'estero	4.000,00 euro all'anno
Ospedalizzazione domiciliare	3.000,00 euro per Assicurato
Condizioni:	120 giorni post dimissioni
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	Scoperto 25%
Ricovero per cure oncologiche	
Indennità per malattie oncologiche maligne	10.000,00 euro
Indennità per cure oncologiche non maligne	5.000,00 euro
Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (allegato 1) o intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (allegato 2)	120,00 euro al giorno per massimo 90 giorni
Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (allegato 1) o grave malattia (allegato 2), esclusi parto e day hospital	30,00 euro al giorno per massimo 30 giorni
Decesso e rimpatrio salma	5.000,00 euro; 1.500,00 per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero
Anticipo indennizzo	Massimo 25.000,00 euro per sinistro in struttura convenzionata; Massimo 15.000,00 euro per sinistro in struttura non convenzionata
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Alta specializzazione	Da elenco
Massimale	5.000,00 euro per Assicurato
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 45,00 euro per ogni prestazione
- rimborso	Franchigia 45,00 euro per ogni prestazione
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia

2. Prestazioni specialistiche	
Massimale (sub-massimale di B.1)	1.400,00 euro per Assicurato
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 35,00 euro per singola prestazione o ciclo di cura
- rimborso	Franchigia 35,00 euro per singola prestazione o ciclo di cura
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
3. Cure dentarie da infortunio	
Massimale	2.500,00 euro per Assicurato
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 10% per ogni prestazione o ciclo di cura con minino di 100,00 euro per fattura per Assicurato
- rimborso	Scoperto 20% per ogni prestazione o ciclo di cura con minino di 100,00 euro per fattura per Assicurato
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
4. Trattamenti fisioterapici riabilitativi	
Massimale	1.000,00 euro per Assicurato
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 5% per ogni prestazione o ciclo di cura
- rimborso	Scoperto 10% per ogni prestazione o ciclo di cura
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
Pacchetto prestazioni odontoiatriche:	
- prevenzione odontoiatrica	1 volta l'anno
- otturazione semplice	Massimo 2 prestazioni all'anno
- interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero	Patologie da elenco
Massimale	10.000,00 euro per Assicurato
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 25,00 euro
- rimborso (solo per interventi chirurgici)	Scoperto 20%
D) ALTRE GARANZIE	
Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura	Previsto

Piano Basic 3	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
1. Ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (allegato 1) o intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (allegato 2)	
Massimale	250.000,00 euro per Assicurato, condiviso con A.2
Condizioni:	
- diretta	Nessuna franchigia/scoperto
- rimborso/mista	Franchigia 3.000,00 euro
- ticket	Nessuna franchigia/scoperto
Pre/post	150 giorni/150 giorni
2. Ricovero in istituto di cura reso necessario da grave malattia (allegato 2) che non comporti intervento chirurgico	
Massimale	250.000,00 euro per Assicurato, condiviso con A.1
Condizioni:	
- diretta	Nessuna franchigia/scoperto
- rimborso/mista	Franchigia 500,00 euro
- ticket	Nessuna franchigia/scoperto
Pre/post	150 giorni/150 giorni
Sub massimali (*)	
Spese accompagnatore	50,00 euro al giorno per massimo di 30 giorni per anno/nucleo
Trasporto sanitario	2.000,00 euro all'anno
Trasporto sanitario per ricovero all'estero	4.000,00 euro all'anno
Ospedalizzazione domiciliare	3.000,00 euro per Assicurato
Condizioni:	120 giorni post dimissioni
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	Scoperto 25%
Ricovero per cure oncologiche	
Indennità per malattie oncologiche maligne	10.000,00 euro
Indennità per cure oncologiche non maligne	5.000,00 euro
Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura reso necessario da grande intervento chirurgico (allegato 1) o intervento chirurgico ambulatoriale conseguente a grave malattia (allegato 2)	120,00 euro al giorno per massimo 90 giorni
Indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura diverso da grande intervento chirurgico (allegato 1) o grave malattia (allegato 2), esclusi parto e day hospital	30,00 euro al giorno per massimo 30 giorni
Decesso e rimpatrio salma	5.000,00 euro; 1.500,00 per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero
Anticipo indennizzo	Massimo 25.000,00 euro per sinistro in struttura convenzionata; Massimo 15.000,00 euro per sinistro in struttura non convenzionata
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Alta specializzazione	Da elenco
Massimale	5.000,00 euro per Assicurato
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 45,00 euro per ogni prestazione

- rimborso	Franchigia 45,00 euro per ogni prestazione
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
2. Prestazioni specialistiche	
Massimale (sub-massimale di B.1)	1.400,00 euro per Assicurato
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 35,00 euro per singola prestazione o ciclo di cura
- rimborso	Franchigia 35,00 euro per singola prestazione o ciclo di cura
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
3. Trattamenti fisioterapici riabilitativi	
Massimale	1.000,00 euro per Assicurato
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 5% per ogni prestazione o ciclo di cura
- rimborso	Scoperto 10% per ogni prestazione o ciclo di cura
	Nessuno scoperto/franchigia
C) ALTRE GARANZIE	
Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura	Previsto