

Copertura Sanitaria
Fondo Metasalute - Convenzione n. 100895
per i Lavoratori aderenti al Fondo

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

MODELLO FI 2751

Edizione 04/2025

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 233

SEZIONE I

- Glossario da pag.1
- Capitolo I – Norme che regolano la convenzione - da pag. 9
- Capitolo II – Norme che regolano il contratto in generale - da pag. 17

SEZIONE II

- Capitolo I – Prestazioni assicurate - da pag. 20
- Capitolo II – Esclusioni e delimitazioni - da pag. 215
- Capitolo III - **Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 216

SEZIONE III

- Capitolo I – Servizi aggiuntivi previsti per tutti i piani sanitari

ALLEGATI

- Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)
- Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

Per rendere più chiare le norme che regolano la Convenzione e le Condizioni di Assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

Fondo grigio: decadenze, nullità, limitazione delle garanzie, oneri a carico del contraente o dell'assicurato

Box verde: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante e sostanziale delle Condizioni di Assicurazione.

Ove non diversamente stabilito i termini e le definizioni di seguito elencati, contraddistinti con lettera iniziale maiuscola, hanno nelle Condizioni di Assicurazione 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 dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione, cioè i lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute e il loro Nucleo familiare (a carico e non) secondo quanto previsto dalle CDA.

Assicurazione: contratto con il quale Intesa Sanpaolo Protezione copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nelle CDA.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

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

Intesa Sanpaolo Protezione paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Assistenza diretta domiciliare: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale Operativa
- riceve le prestazioni a domicilio da medici/professionisti convenzionati con il Network.

Intesa Sanpaolo Protezione paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

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

Carenza: periodo compreso tra la stipula del contratto assicurativo e l'attivazione delle coperture.

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.

CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero,

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

Certificato di assicurazione: documento che contiene gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, premio, dati del Contraente, soggetti assicurati, ecc).

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

Compagnia: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. già Intesa Sanpaolo RBM Salute che con effetto dal 1° dicembre 2024, è stata incorporata in Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. e che, a partire dalla stessa data, Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. ha assunto la nuova denominazione Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. con sede legale in Via San Francesco d'Assisi, 10 – 10122 Torino.

Contraente: Fondo Metasalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584, che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del versamento del premio.

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

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

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

Domicilio: luogo in cui l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

Evento e Data Evento:

- Prestazioni ospedaliere: prestazioni effettuate in regime di ricovero ordinario o in regime di Day Hospital o in regime di Day Surgery, annotate su cartella clinica, e prestazioni effettuate in regime ambulatoriale nei giorni antecedenti e successivi al ricovero in nesso di causa con la patologia che ha generato il ricovero.

- Data evento: la data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, la data dell'intervento chirurgico in regime ambulatoriale o di day surgery.

- Interventi chirurgici ambulatoriali/ Interventi chirurgici odontoiatrici: prestazioni chirurgiche effettuate in regime ambulatoriale

Data evento: quella dell'intervento chirurgico in ambulatorio.

- Prestazioni extra-ricovero/assistenza specialistica ambulatoriale: accertamenti, visite ed esami

Data evento: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria

- Prestazioni fisioterapiche: ogni singola prestazione fisioterapica.

Data evento: data di esecuzione della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.

- Prestazioni odontoiatriche: ogni singola prestazione odontoiatrica.

Data evento: data di esecuzione della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.

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

Fondo: Fondo Metasalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584; ha finalità assistenziale ed è abilitato¹ a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico dell'Assicurato, durante il ricovero o per prestazioni ad esso correlate (pre e post, fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari)

Indennizzo: la somma che Intesa Sanpaolo Protezione deve in caso di sinistro.

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 con certificato di Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio.

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

¹ Art. 51 "Determinazione del reddito di lavoro dipendente" del D.P.R. n. 917/1986.

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

Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono intervento chirurgico.

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

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

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

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

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

Non sono istituto di cura:

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

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

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata.

Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

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

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS²).

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per nucleo familiare.

² Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

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.

MMG: Medico di Medicina Generale (comunemente noto come Medico di Base).

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata - Assicurazione del sito internet www.fondometasalute.it o nell'App mobile.

Nucleo familiare a carico: oltre al titolare lavoratore:

1) i soggetti di cui all'art. 12, lett. a) e c) del DPR. n. 917/1986, ossia

- il coniuge fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili³) non legalmente ed effettivamente separato;
- i figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, o affidati) sino al compimento del 26° anno di età, con eccezione dei figli con disabilità per i quali non ci sono limiti di età. In tale ambito, per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

2) i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1).

I soggetti di cui ai precedenti punti non devono possedere un reddito complessivo annuo **(intendendosi quello d'imposta) superiore a euro 2.840,51 (DPR. n. 917/1986, punto n. 2) ed euro 4.000,00 per i figli di età inferiore ai 24 anni (Legge n. 205 del 2017, commi 252 e 253)**, o quello pro tempore vigente.

Nucleo familiare non a carico:

- a) il coniuge non fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili⁴) non legalmente ed effettivamente separato;
- b) i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1);
- c) i figli fiscalmente a carico dal giorno successivo al compimento del 26 anno di età;
- d) i figli fiscalmente non a carico purchè conviventi;
- e) figli non fiscalmente a carico non conviventi affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge;

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

³ 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.

⁴ 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.

Ortesi: dispositivo esterno utilizzato al fine di modificare le caratteristiche strutturali o funzionali dell'apparato neuro-muscolo-scheletrico.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Polizza: contratto di assicurazione.

Premio: la somma che il Contraente deve a Intesa Sanpaolo Protezione.

Presidio (o ausilio) medico ortopedico: strumento o manufatto che sostiene, supplisce, aumenta o migliora una funzione insufficiente o compromessa di parti anatomiche (per esempio: plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle ecc.).

Protesi/ausilio medico acustico (apparecchio acustico): dispositivo elettronico esterno indossabile, che amplifica o modifica il messaggio sonoro per correggere la qualità e la quantità del difetto uditivo causato da fatti morbosi, con carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi/ausilio medico ortopedico: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Costituisce parte integrante della Polizza.

Intesa Sanpaolo Protezione: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di Intesa Sanpaolo Protezione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto

Regime rimborsuale: regime per cui Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nelle CDA.

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:

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

Rimborso: la somma che Intesa Sanpaolo Protezione deve in caso di sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

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

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

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

S.S.N.: Servizio Sanitario nazionale.

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo 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 comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per rilevare la presenza di aneuploidie (cioè alterazioni del numero normale di cromosomi) nel feto.

Titolare: caponucleo dipendente di azienda iscritta al Fondo.

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:

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

Non rientrano nella definizione, 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)

Una tantum: una volta sola nel triennio 2024-2026.

Utilizzo del S.S.N.: quando l'Assicurato paga un ticket per la prestazione sanitaria ricevuta nell'ambito del S.S.N.

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, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista).

CAPITOLO I – NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Premesso che

- A seguito di procedura di invito ad offrire promossa dal Fondo Metasalute in data 15.03.2023 finalizzata all'individuazione del proprio gestore assicurativo per la copertura dei Piani Sanitari validi per il triennio 2024-2026 e dei successivi accordi tra le parti, è stata selezionata la Compagnia in coassicurazione con Allianz S.p.A., Società Reale Mutua di Assicurazioni, Poste Assicura S.p.A. e Poste Vita S.p.A.;
- Intesa Sanpaolo Protezione (già Intesa Sanpaolo RBM Salute) riveste il ruolo di c.d. impresa "Incaricata" e, cioè, l'impresa di assicurazione che, su incarico del Contraente, con il consenso delle altre compagnie coassicuratrici, provvede all'emissione e alla gestione del presente contratto di assicurazione - Convenzione assicurativa n. 100895 (nel seguito la "Convenzione");
- la presente Convenzione ha efficacia triennale a decorrere dalle ore 00.00 del 01.01.2024 e cessazione alle ore 24.00 del 31.12.2026.

Art. 1. Oggetto, durata della Convenzione e recesso, coassicurazione

1.1 Oggetto della Convenzione

Oggetto di questa Convenzione è l'assicurazione per il rimborso delle spese sostenute in conseguenza di infortunio o malattia dagli Iscritti a Metasalute assicurati dalla presente Convenzione, nei modi e nei limiti di seguito descritti.

Metasalute è il Fondo Nazionale di Categoria di Assistenza Sanitaria Integrativa, costituito in forma di associazione non riconosciuta, che opera nel mondo non profit a favore dei lavoratori del settore metalmeccanico e dell'installazione di impianti.

Il Fondo Metasalute, nell'esercizio della sua attività istituzionale, individua e struttura in proprio – nell'interesse degli iscritti – soluzioni sanitarie integrative, ritenute adeguate a soddisfare le esigenze della platea di riferimento.

Il Fondo Metasalute stipula, in veste di Contraente, la presente convenzione assicurativa per garantire ai lavoratori iscritti ed al relativo nucleo familiare, nei modi e nei termini che seguono, le coperture previste dai Piani Sanitari.

Tramite l'intervento di Intesa Sanpaolo Protezione, i lavoratori iscritti al Fondo – oltre a essere destinatari primari di soluzioni sanitarie integrative no profit - beneficiano dell'intervento assicurativo della compagnia che garantisce l'effettiva erogazione in forma assicurativa delle prestazioni di rimborso spese per infortunio e malattia oggetto dei predetti Piani Sanitari.

1.2. Durata e recesso

La Convenzione ha efficacia triennale a decorrere dalle ore 00.00 del giorno 01.01.2024 fino alle ore 24.00 del 31.12.2026, e non prevede la possibilità di rinnovo tacito.

Il Contraente e la Compagnia, quest'ultima anche nell'interesse delle altre imprese coassicuratrici, hanno facoltà di recedere dalla Convenzione, con effetto dalle 00.00 del 01.01.2025 ovvero dalle 00.00 del 01.01.2026. Il recesso, a pena di decadenza, dovrà essere comunicato per iscritto a tutte le altre parti della Convenzione mediante raccomandata A.R. o PEC entro il 01.07 dell'anno antecedente all'efficacia del recesso stesso.

A seguito del recesso la Convenzione cessa per tutte le parti.

Il recesso dalla Convenzione comporterà automaticamente anche il recesso da eventuali altri accordi alla stessa collegati.

In ogni caso, al fine del rispetto dei termini di preavviso farà fede la data di consegna all'ufficio postale della raccomandata A.R. oppure la data di trasmissione della PEC.

Art. 1.3. Ripartizione dell'assicurazione e incarico

L'assicurazione di cui alla Convenzione è ripartita per quote tra Intesa Sanpaolo Protezione Allianz S.p.A., Società Reale Mutua di Assicurazioni, Poste Assicura S.p.A. e Poste Vita S.p.A. (nel seguito le "Coassicuratrici"). Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota quale risulta dal successivo art. 1.4.

In deroga alla previsione di cui all'articolo 1911 c.c., la coassicurazione opererà tra le Coassicuratrici il regime di solidarietà, in forza del quale ciascuna delle Coassicuratrici in via solidale, sarà comunque tenuta a rispondere nei confronti del Fondo e degli assicurati, di tutti gli obblighi derivanti dalla Convenzione.

Tutte le comunicazioni inerenti alla Convenzione, fatta eccezione per quanto previsto dal precedente art. 1.2. in merito al recesso, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite di Intesa Sanpaolo Protezione incaricata dal Contraente, all'uopo designata quale "Coassicuratrice Incaricata". Ogni comunicazione fatta o ricevuta dalla Coassicuratrice Incaricata, si intende valida anche per tutte le altre Coassicuratrici. L'incarico conferito alla Compagnia è efficace per tutta la durata della Convenzione. Le altre Coassicuratrici saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Coassicuratrice Incaricata, per la gestione della Convenzione, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, in virtù delle facoltà concesse alla Coassicuratrice Incaricata in sede di consenso al conferimento dell'incarico da parte del Contraente, ivi compresa quella di incaricare, previo consenso delle Coassicuratrici, esperti (periti, medici, consulenti, etc). La Coassicuratrice Incaricata provvede alla riscossione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza della Convenzione, contro rilascio delle relative quietanze e, ove necessario, del certificato di assicurazione. Ogni modifica della Convenzione che richieda una stipulazione scritta, impegna il Contraente e le Coassicuratrici solo dopo la firma dell'atto relativo.

1.4. Quote di coassicurazione

Il rischio assicurativo tra le Coassicuratrici è ripartito secondo le seguenti quote:

- Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.: 55 %
- Allianz S.p.A.: 5 %
- Poste Assicura S.p.A.: 10 %
- Società Reale Mutua di Assicurazioni: 20 %
- Poste Vita S.p.A.: 10%

Art. 1.5 Assicurazione per conto altrui

In ragione della natura di contratto assicurativo per conto altrui della presente copertura assicurativa e della peculiarità dei rapporti sanitari integrativi sottostanti, ove non diversamente regolato nelle CDA, le Parti convengono quanto segue:

- il Fondo Metasalute, nella sua veste di Contraente, comunica alla Compagnia i nominativi e i riferimenti dei soggetti da assicurare, essendo questi lavoratori iscritti al Fondo

medesimo. Il Fondo comunica altresì i nominativi e i riferimenti dei soggetti da considerare quali componenti del nucleo familiare del lavoratore iscritto, siano essi a carico o meno;

- in caso di ritenuta incongruenza delle informazioni ricevute dal Fondo Metasalute con riguardo al diritto del soggetto ad essere assicurato (ovvero ad essere classificato come familiare del lavoratore), la Compagnia opererà le verifiche per il tramite del Fondo Metasalute fornendo gli elementi ritenuti necessari affinché il Fondo medesimo effettui le opportune indagini e proceda alle eventuali comunicazioni di rettifica;

- resta invece direttamente in capo alla Compagnia ogni indagine in merito alla sussistenza del diritto di indennizzo, e relativa quantificazione, spettante all'Assicurato in caso di sinistro, prendendo l'Impresa contatto diretto con il singolo Assicurato. Resta comunque fermo il diritto del Fondo Metasalute di ricevere puntuali informazioni circa la gestione delle singole pratiche di liquidazione, secondo le modalità che saranno convenute tra Fondo e Compagnia.

Art. 2. Persone assicurabili

2.1. Persone assicurabili

I Lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute.

I predetti Lavoratori aderiscono in forma collettiva e obbligatoria alla presente Convenzione.

Inclusione/estensione della copertura assicurativa al Nucleo familiare del Lavoratore dipendente

a.1.) Inclusione dei familiari a carico nel Piano Sanitario del Titolare

I familiari a carico identificati nella definizione di "Nucleo familiare" si intendono gratuitamente inclusi nel Piano Sanitario del Titolare, con massimali delle garanzie condivisi.

a.2) Estensione del Piano Sanitario per i familiari non a carico

È data inoltre facoltà al dipendente di estendere la copertura assicurativa, su base volontaria e a fronte del pagamento del relativo premio, ai componenti del nucleo familiare non a carico come identificati nella definizione di "Nucleo familiare non a carico", con massimali autonomi.

L'estensione o l'attivazione della copertura assicurativa in favore dei familiari potrà in ogni caso avvenire con riferimento alla medesima tipologia di Piano Sanitario del Titolare o, in alternativa, con esclusivo riferimento al Piano Base, in ogni caso con massimali autonomi.

Al momento della propria adesione o nei casi in cui sia consentito dal Fondo Metasalute, ogni componente del Nucleo familiare non a carico potrà unicamente esprimere la scelta di massimali autonomi.

Il diritto all'inclusione o all'estensione della copertura assicurativa ai componenti rispettivamente del nucleo familiare a carico e non, permane finché sussiste l'iscrizione al Fondo del lavoratore dipendente, ferme rimanendo le condizioni di permanenza in copertura previste nella presente Convenzione.

Con riferimento ai componenti del Nucleo familiare non a carico, nel caso in cui non venga manifestata la volontà di aderire al Fondo secondo le tempistiche regolamentari previste, e di conseguenza alla copertura assicurativa di cui alla presente Convenzione, la facoltà di iscrizione sarà esercitabile esclusivamente se trascorsi 3 anni dall'ultima adesione al Fondo.

Residenza degli assicurati

Sono assicurabili i lavoratori residenti in Italia e pure i transfrontalieri residenti all'estero se domiciliati presso Azienda avente sede in Italia.

Rientrano nelle definizioni di "Nucleo familiare" e "Nucleo familiare non a carico" i familiari del lavoratore titolare se sono anagraficamente residenti in Italia.

È garantita la copertura ai familiari che rientrano nella definizione di Nucleo familiare a carico **anche se residenti all'estero** (purchè domiciliati in Italia); in tal caso, ove prevista dai Piani Sanitari, non si applica la seguente clausola: "In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta", intendendosi per provincia anche un territorio locale estero.

Art. 3. Premio

Art. 3 A) Premio relativo al dipendente e ai componenti del Nucleo familiare a carico con massimali condivisi

3.A1 Il premio annuo è comprensivo di imposte: 2,50%

3.A2 Il premio riferito al lavoratore ricomprende anche i suoi familiari a carico.

3.A3 Il premio, frazionato nel suo valore in dodici mensilità, è pagato dal Fondo su base mensile alle scadenze per ciascun lavoratore iscritto (e ricomprende gli eventuali componenti del suo Nucleo familiare a carico) dalla data di richiesta di inclusione in garanzia ai sensi dell'art. 4.1.1 e sino alla sua cessazione dalla copertura assicurativa.

3.A4 L'obbligo di pagamento del premio cessa dal mese di cessazione dalla copertura del lavoratore e la cessazione, con relativa cessazione di obbligo di pagamento del premio, si estende ai componenti del suo Nucleo familiare a carico. Si applica quanto previsto dall'articolo 4.4.

Art. 3B) Premio aggiuntivo relativo al dipendente e ai componenti del "Nucleo familiare non a carico"

Il premio aggiuntivo relativo ai componenti del "Nucleo familiare non fiscalmente a carico" è sempre annuale.

Art. 4. Inclusione, esclusione e variazione in corso d'anno delle persone assicurate

4.1 Inclusione ed esclusione di dipendenti

Le inclusioni e le esclusioni devono essere comunicate a Intesa Sanpaolo Protezione entro i termini e con le modalità concordate nell'Art.3 tra il Fondo e Intesa Sanpaolo Protezione.

4.1.1 Inclusione di dipendenti

I lavoratori già iscritti al Fondo Metasalute e assicurati da Intesa Sanpaolo Protezione prima della data di decorrenza della presente Convenzione continuano a essere destinatari della copertura assicurativa senza soluzione di continuità rispetto alla precedente Convenzione.

La data di efficacia e di cessazione della copertura assicurativa coincide con quella di efficacia e cessazione del diritto del lavoratore di usufruire del Piano Sanitario Metasalute. Conseguentemente, la richiesta di inclusione ed esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa è formulata dal Fondo Metasalute a Intesa Sanpaolo Protezione, sotto la sua piena responsabilità, attraverso le modalità di cui dall'art. 4.1

4.2 Inclusione dei componenti del Nucleo familiare

4.2.1 Inclusione dei componenti del "Nucleo familiare a carico"

La copertura decorre dal primo giorno del mese successivo alla registrazione del familiare effettuata dal Titolare caponucleo attraverso la piattaforma web resa disponibile dal Fondo. Resta inteso che il Titolare caponucleo deve essere già assicurato dalla presente Convenzione nei modi e nei termini di cui al precedente punto 4.1.1.

I figli di genitori, entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo Metasalute, coniugati, uniti civilmente o conviventi di fatto, devono essere inseriti in copertura solo nel nucleo di uno dei due genitori.

I figli di dipendenti di Aziende iscritte al Fondo non possono essere inseriti in copertura del nucleo familiare del genitore se sono anch'essi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo.

Se entrambi i coniugi, uniti civilmente o conviventi di fatto, sono dipendenti di Aziende iscritte al Fondo Metasalute e titolari del piano sanitario, non possono anche essere inseriti come familiari nel nucleo del rispettivo coniuge, unito civilmente o convivente.

4.2.2 Attivazione dei Piani Sanitari ai componenti del "Nucleo familiare non a carico"

Il dipendente, su base individuale e volontaria, può attivare la copertura relativamente ai propri familiari che rientrano nella definizione "Nucleo familiare non a carico" con massimali autonomi, con onere contributivo a proprio carico e versamento del premio a Intesa Sanpaolo Protezione da parte del Fondo.

L'attivazione dei Piani Sanitari in favore dei familiari non a carico può avvenire:

- Scegliendo la medesima tipologia di Piano Sanitario del Titolare, esclusivamente con massimali autonomi; o
- Scegliendo il Piano Base, anche se il Titolare ha un Piano Sanitario diverso

Il familiare appartenente al "Nucleo familiare non a carico" è assicurato dal 01 gennaio di ogni anno se il Titolare caponucleo ha comunicato al Fondo l'attivazione del Piano Sanitario a massimali autonomi entro la finestra di adesione prevista da Fondo per ciascun anno e sempre che il Titolare caponucleo sia assicurato alla predetta data; nel caso in cui l'assicurazione del Titolare caponucleo decorra da data successiva al 01 gennaio, in quanto ancora non maturata la carenza prevista dal Fondo per l'accesso alle prestazioni assicurative, la copertura del familiare appartenente al "Nucleo familiare non a carico" è operativa dal momento dell'attivazione della copertura del Titolare caponucleo.

Con riferimento al nucleo familiare non a carico assicurato al 01 gennaio, nel caso in cui i componenti del "Nucleo familiare a carico" diventino invece soggetti appartenenti al "Nucleo familiare non a carico" il Titolare caponucleo potrà, tempestivamente, al momento della conoscenza della variazione del carico fiscale, dichiarare l'attivazione della copertura sanitaria quali familiari non a carico, con massimali autonomi; in mancanza, la copertura assicurativa dei soggetti sopra indicati cessa. Il premio per la copertura quale familiare non a carico è dovuto con effetto dal 01 gennaio dell'anno in cui si è verificata

la variazione. Di conseguenza i massimali autonomi troveranno applicazione retroattiva da tale data (01 gennaio) per i rimborsi non ancora richiesti alla data di variazione del carico fiscale e aventi data fattura successiva a tale data.

Resta inteso che, nel caso in cui i soggetti sopra identificati dovessero essere entrati in copertura in corso d'anno, gli effetti della variazione di familiare da appartenente al "Nucleo familiare a carico" ad appartenente a "Nucleo familiare non a carico" decorreranno dalla data di attivazione della loro copertura sanitaria e non dal 01 gennaio, pur restando dovuto il premio annuale della copertura sanitaria quali familiari non a carico. La copertura dei familiari non a carico cessa di produrre i propri effetti alla data del **31 dicembre dell'anno di inclusione in polizza**.

Le inclusioni e le esclusioni devono essere comunicate a Intesa Sanpaolo Protezione entro i termini e con le modalità concordate **nell'Art. 3** tra il Fondo e Intesa Sanpaolo Protezione.

4.2.3 Inclusione di familiari in corso d'anno

- Matrimonio, unione civile e nascita di figli: sono previste le stesse condizioni di cui ai punti 4.2.1 e 4.2.2;
- Inclusione postuma di un componente del "Nucleo familiare a carico" in corso d'anno per precedente omissione della comunicazione di cui al punto 4.2.1.

4.3 Cambio di Piano Sanitario

Al dipendente assicurato può applicarsi un diverso Piano Sanitario in corso d'anno se:

- **cambia Azienda e quest'ultima applica Piani Sanitari differenti della Convenzione** rispetto al precedente datore di lavoro;
- intervengono modifiche al suo rapporto di lavoro (es. promozione/cambio di qualifica aziendale) che determinino un nuovo Piano sanitario di riferimento.

Il Piano Sanitario del lavoratore assicurato varia in corso d'anno in ragione della richiesta di variazione del Cambio Piano formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo Protezione, sotto la sua piena responsabilità.

Il Cambio di Piano ha effetto dalla data comunicata alla Compagnia da parte del Fondo, tramite invio di apposito record in cui si dà evidenza che si tratta di un cambio piano, se tale data è successiva alla data di ricezione della richiesta medesima da parte della Compagnia. Se la richiesta di Cambio Piano presenta una data di cambio antecedente rispetto alla data di ricezione della richiesta medesima da parte della Compagnia, la decorrenza avrà efficacia retroattiva solo nel caso in cui il Titolare caponucleo e l'eventuale Nucleo familiare a carico non abbiano denunciato sinistri nel periodo intercorrente tra la data comunicata dal Fondo e la data di ricezione della comunicazione di Cambio Piano da parte di Intesa Sanpaolo Protezione.

In caso contrario, il Cambio di Piano ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese antecedente a quello della richiesta se la stessa avviene entro il quinto giorno del mese di comunicazione. Se la comunicazione è ricevuta dalla Compagnia successivamente al predetto quinto giorno, la variazione del cambio Piano ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione.

La variazione produce i suoi effetti anche per i componenti del "Nucleo familiare a carico" del Titolare caponucleo.

Il premio sarà adeguato al nuovo Piano Sanitario dalla data di decorrenza della variazione dello stesso.

4.4 Cessazione della Copertura

La copertura assicurativa cessa in ragione della richiesta di esclusione del lavoratore formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo Protezione, sotto la sua piena responsabilità, in ragione della perdita del diritto del lavoratore stesso di fruire dei Piani Sanitari del Fondo.

Se la comunicazione di esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa da parte del Fondo a Intesa Sanpaolo Protezione avviene entro il quinto giorno del mese successivo rispetto al mese di cessazione (mese di riferimento), quest'ultima ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di riferimento. Se la comunicazione è ricevuta dalla Compagnia successivamente al predetto quinto giorno, la cessazione ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione. Il premio è dovuto sino al mese di permanenza in copertura assicurativa.

La cessazione produce contestualmente i suoi effetti anche per i componenti del "Nucleo familiare a carico" del Titolare caponucleo.

In applicazione della regola generale di cui all'art. 4.2.2., per i componenti del "Nucleo Familiare non a carico" la copertura cessa al 31 dicembre dell'anno cui si riferisce l'adesione del familiare pagante.

4.5 Regolazione del premio

In nessuno dei casi di cessazione è prevista la restituzione dei premi a qualunque titolo dovuti.

Si procede alla consegna delle regolazioni contabili del premio secondo inclusioni e passaggi avvenuti nel mese di riferimento ed eventuali variazioni residuali riferite ai mesi precedenti.

Art. 5 Documentazione relativa ai Piani Sanitari assicurati dalla presente Convenzione

Il Fondo mette a disposizione dei lavoratori e del loro Nucleo familiare i seguenti documenti:

- a) Informativa Privacy
- b) Dip
- c) Dip Aggiuntivo
- d) Condizioni di Assicurazione

Il Contraente si impegna a trasmettere, su richiesta, a Intesa Sanpaolo Protezione, tutta la documentazione messa a disposizione dell'Assicurato e inerente il presente contratto assicurativo (ivi comprese eventuali guide operative o note di sintesi), per consentire alla Compagnia il monitoraggio delle informazioni fornite agli Assicurati.

Art. 6 Operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso.

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, Intesa Sanpaolo Protezione informa in dettaglio il Contraente che, a sua volta, informa gli Assicurati.

Art. 7 Modifiche

Intesa Sanpaolo Protezione può introdurre modifiche delle garanzie, delle condizioni della polizza, delle procedure e dei tempi di liquidazione delle prestazioni assicurative solo con accordi specifici con il Fondo.

Art. 8 Foro competente

Per le controversie

- tra Intesa Sanpaolo Protezione e il Contraente: è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria della sede legale del Contraente
- tra Intesa Sanpaolo Protezione e l'Assicurato: è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del lavoratore dipendente o del familiare o dell'avente diritto.

Se esistono, le Parti possono ricorrere a sistemi conciliativi.

CAPITOLO II – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo Protezione

Iscritta al numero 1.00125 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 340 30/09/1996⁵ e n. 2446 del 21/07/2006⁶

Sito: www.intesasanpaoloprotezione.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com

Art. 2. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 3. Carenza contrattuale

Non è previsto un periodo di carenza.

Art. 4. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze⁷.

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2024, Intesa Sanpaolo Protezione può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2025.

Gli altri diritti che derivano dal contratto si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

Art. 5 Cosa si assicura

L'Assicurazione prevede la corresponsione di un Indennizzo per Sinistri riconducibili a Malattia o Infortunio, verificatisi mentre l'Assicurazione è operativa, alle condizioni di seguito indicate.

Art. 6 Reclami

I Reclami riguardanti il Contratto o su un servizio assicurativo a esso collegato devono essere inviati a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. Compilando online il modulo: <https://www.intesasanpaoloprotezione.com/inviare-reclamo>

Art. 7. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Assenza di Questionario Sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione⁸.

Il Fondo si impegna, su richiesta di Intesa Sanpaolo Protezione, a verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti in relazione agli Assicurati, i relativi familiari e aventi diritto (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

Non è richiesta la compilazione di alcun Questionario sanitario.

⁵ G.U. 236 dell'8 ottobre 1996

⁶ G.U. 185 del 10 agosto 2006

⁷ Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.

⁸ Articoli 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice civile.

Art. 8. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente o l'Assicurato devono comunicare a Intesa Sanpaolo Protezione se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁹.

Devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Intesa Sanpaolo Protezione può esercitare il diritto di regresso.

Art. 9 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

9.1. Decorrenza

L'assicurazione decorre:

- secondo le regole stabilite al punto 4.1 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento.

9.2. Premio

- Il premio assicurativo è pagato dal Fondo Metasalute a Intesa Sanpaolo Protezione su base mensile per ciascun lavoratore iscritto (e ricomprende gli eventuali componenti del suo "Nucleo Familiare a carico");
- componente del Nucleo familiare del lavoratore non a carico.

L'obbligo di pagamento del premio cessa dal mese successivo a quello della data di esclusione dalla copertura del lavoratore. Resta inteso che il Fondo Metasalute è tenuto comunque a pagare a Intesa Sanpaolo Protezione i premi mensili per l'annualità in corso per ciascuno dei componenti del "Nucleo familiare non a carico" del lavoratore cessato dalla garanzia. Ciò in ragione della permanenza in garanzia di questi ultimi sino al 31 dicembre dell'anno di cessazione del lavoratore stesso dalla copertura assicurativa ai sensi dell'art. 4.2.2.

9.3. Anagrafica

Pur trattandosi di copertura assicurativa senza soluzione di continuità rispetto al triennio 2021-2023, all'inizio di ciascun anno di copertura il Fondo comunica a Intesa Sanpaolo Protezione le anagrafiche relative a tutti gli assicurati.

In ogni caso, le variazioni in corso d'anno di anagrafiche di persone assicurate devono pervenire a Intesa Sanpaolo Protezione con cadenza settimanale.

Il Contraente inoltre deve comunicare a Intesa Sanpaolo Protezione:

- residenza dell'Assicurato e qualifica aziendale
- Codice Univoco Azienda, Piano Sanitario prescelto su base aziendale e provincia dello stabilimento dove è occupato il lavoratore, eventuali informazioni circa lo stato di disabilità dei componenti del nucleo.

Art. 10 Estensione Territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

⁹ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

Art. 11 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 12 Imposte

Tassa sui premi: 2,50%

Tassa sugli indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato da Intesa Sanpaolo Protezione.

Art. 13 Controversie: mediazione

Per controversie tra Assicurato o Contraente e Intesa Sanpaolo Protezione connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente¹⁰.

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria (→ Art. 8 "Foro competente" delle Norme che regolano la Convenzione).

Art. 14 Servizio Consultazione on line – "Home Insurance"

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

Web (www.fondometasalute.it)

Area riservata – Assicurazione

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può visionare le Condizioni di Assicurazione.

Web (www.fondometasalute.it)

Area riservata – Assicurazione

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Richiedere il VoucherSalute o inviare le richieste di rimborso
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche.

App mobile "Metasalute"

Con l'app mobile "mètasalute", 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
- Richiedere il VoucherSalute o inviare le richieste di Rimborso.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata

¹⁰ D.lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

Art. 15 Rinvio alle Norme di Legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

Sezione II

CAPITOLO I –PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 16 **Oggetto dell'Assicurazione**

Intesa Sanpaolo Protezione, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle singole garanzie e nei singoli Piani Sanitari, copre le spese sostenute dall'Assicurato a seguito di malattia o infortunio verificatisi dopo la data di entrata in copertura.

Si precisa che:

- il presente contratto opera in continuità con quello precedente stipulato tra le parti (relativo al Piano Sanitario 2021-2023) e pertanto la data di ingresso in copertura del singolo assicurato non cambia a seguito dell'entrata in vigore del presente contratto;
- le condizioni di indennizzabilità di spese mediche sostenute a partire dal 1° gennaio 2024 vengono regolate da quanto previsto nel presente contratto, anche se riferite ad eventi (infortuni e malattie) verificatisi in precedenza (sempre se in copertura);
- i soggetti che entrano in copertura dal 1° gennaio 2024 in avanti, e che quindi non fossero già in copertura col precedente contratto (relativo al Piano Sanitario 2021-2023), potranno chiedere l'indennizzo di spese mediche sostenute dal momento del loro ingresso in copertura, anche se riferite a malattie già diagnosticate in precedenza. Tale eccezione non opera con riferimento agli infortuni – che quindi devono essersi verificati a seguito dell'ingresso in copertura dell'assicurato – salvo per quelli previsti dalla garanzia invalidità permanente di cui alla lettera (F) INVALIDITÀ PERMANENTE).

Si specifica che le algie di qualsiasi natura, come anche eventuali stati d'essere dell'Assicurato (ad esempio l'astenia) non costituiscono patologie e pertanto non sono oggetto di copertura le prestazioni ad esse relative.

Le spese a cavallo di due annualità assicurative sono imputate all'anno di accadimento dell'evento, come previsto nella definizione di "evento/data evento".

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

PIANO BASE

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa.

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI) anche in Day Hospital, Day Surgery o in regime ambulatoriale

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico

B) PRESTAZIONI EXTRARICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e ablazione tartaro
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base
- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari a carico comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ALLEGATO "ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI") ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale



A.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DH, DS O IN REGIME AMBULATORIALE (COMPRESO NELL' ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici ed endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria.

Post ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche
- prestazioni infermieristiche
- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi

alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi anche i medicinali prescritti all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura e strettamente correlati all'intervento eseguito.

Si precisa che le prestazioni post ricovero collegate ad un intervento avvenuto nel 2023 che dovranno essere eseguite nel 2024, potranno essere erogate esclusivamente in forma rimborsuale alle condizioni previste per l'evento principale (ricovero).

Tali prestazioni post ricovero possono essere effettuate presso una struttura convenzionata con il Network oppure non convenzionata. Verranno applicate le condizioni (massimali ed eventuali scoperti e franchigie) del regime prescelto per l'evento principale (ricovero).

Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo.

Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2024-2026) pari a € 4.000,00 per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta. Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione e a scopo profilattico.

L'intervento demolitivo deve essere avvenuto dopo il 01.01.2024.

Retta **di degenza dell'Accompagnatore**



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, documentate con fatture, notule, ricevute, ecc. Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

Trasporto sanitario



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato sostenga un intervento chirurgico ordinario in assistenza diretta (massimale 18.000,00 euro) e riceva un indennizzo di 16.000,00 euro, potrà ottenere fino a 2.000,00 euro di ulteriore indennizzo, anche in regime rimborsuale, per spese connesse al medesimo intervento).

- Assistenza Diretta: illimitato (sempre esclusivamente per gli interventi chirurgici compresi nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici).

- Regime rimborsuale (anche nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati)/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:

- 18.000,00 euro Interventi Chirurgici ordinari
- 22.500,00 euro Interventi Chirurgici complessi
- 45.000,00 euro Trapianti

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati

Si precisa che la richiesta di autorizzazione di un ricovero in forma diretta viene concessa solo quando risultino convenzionati sia la struttura sanitaria, sia la prestazione richiesta e sia il medico che la deve eseguire. In tutti gli altri casi l'autorizzazione non sarà concessa e l'Assicurato, una volta sostenute le spese del ricovero, potrà chiederne il rimborso, sempre che sussistano tutti i presupposti previsti dal presente contratto: in tali casi saranno applicate le condizioni del regime rimborsuale a tutte le spese sostenute, anche a quelle riferibili ad una struttura convenzionata o a un medico convenzionato.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre se compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza diretta

Regime rimborsuale

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato.

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta: scoperto del 15%

Regime rimborsuale: scoperto del 15%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi prestazioni ospedaliere in contesto di intervento chirurgico di cui all'Allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici":
Regime di assistenza diretta
Massimale illimitato
Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00
Scoperto 15%
Prestazione autorizzata € 14.298,00, di cui € 12.153,30 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 2.144,70 a carico dell'Assicurato
Regime rimborsuale
Massimale € 18.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 15%

Indennizzo € 12.153,30 (€ 14.298,00 - 15% scoperto, pari a € 2.144,70, a carico dell'Assicurato)

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery) compreso nell'Allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici"



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero in contesto di intervento chirurgico (compreso nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo Protezione paga un'indennità di 100,00 euro per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

Qualora l'Assicurato abbia richiesto l'indennizzo (sia in forma di assistenza diretta che attraverso il regime rimborsuale) di prestazioni prima, durante e dopo il ricovero di cui alla lettera A.1. non avrà diritto a ottenere l'indennità sostitutiva.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

B. PRESTAZIONI EXTRA -RICOVERO / ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Si precisa che le prestazioni previste dalla presente garanzia alle lettere B.1, B.2 e B.4 sono indennizzabili nell'ambito di un massimale di 5 prestazioni annue per nucleo familiare (massimale che non si applica nel caso di presenza di figli disabili nel nucleo familiare). Il conteggio viene effettuato con riferimento ad ogni singola prestazione, anche nel caso in cui fossero eseguite più prestazioni assieme, riferibili alla medesima prescrizione medica.

Pertanto, l'Assicurato dovrà manifestare la propria volontà rispetto alla prestazione che intende richiedere a rimborso, selezionando correttamente l'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/APP oppure inserendole nel modulo cartaceo.

Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).

In presenza di una fattura contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- nel caso in cui la fattura riporti il costo di ogni singola prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui vuole ottenere il rimborso, avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo. In caso contrario, Intesa Sanpaolo Protezione rimborserà la sola prestazione richiesta e la fattura non potrà più essere utilizzata per chiedere il rimborso delle altre prestazioni;
- nel caso in cui la fattura non riporti il costo di ogni singola prestazione, Intesa Sanpaolo Protezione rimborserà la sola prestazione della tipologia valorizzata dall'Assicurato nell'inoltare la richiesta e la fattura non potrà più essere utilizzata per chiedere il rimborso di altre prestazioni.

Esempi:

Fattura unica di 110 € per Visita e Accertamento Diagnostico eseguiti lo stesso giorno e riferibili alla medesima prescrizione medica
 IPOTESI 1: nella fattura viene indicato il costo di 70 € riferibile alla Visita e di 40 € riferibile all'Accertamento

CASO A: l'Assicurato chiede il rimborso della sola Visita. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € (sub-massimale per singola Visita), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'Accertamento.

CASO B: l'Assicurato chiede il rimborso del solo Accertamento. L'Assicurato ottiene il rimborso di 30 € (sub-massimale per singolo Accertamento), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso della Visita.

CASO C: l'Assicurato, inserita la richiesta di rimborso della Visita, prosegue e inserisce contestualmente la richiesta di rimborso anche dell'Accertamento, in quanto riferito alla medesima prescrizione medica. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € per la Visita e di 30 € per l'Accertamento e vengono conteggiate 2 prestazioni indennizzate.

IPOTESI 2: nella fattura viene indicato il costo di 110 € riferibile alle prestazioni Visita e Accertamento, senza alcun dettaglio relativo al costo di ciascuna delle prestazioni

In questo caso l'Assicurato potrà utilizzare la fattura per chiedere il rimborso di una sola prestazione e otterrà 50 € (submassimale per singola Visita) oppure 30 € (submassimale per Accertamento) a seconda di quale sia la tipologia di prestazione valorizzata in sede di richiesta di rimborso (Visita oppure Accertamento). Viene quindi conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'altra prestazione eseguita.

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- Alta diagnostica radiologica (compresi esami stratigrafici e contrastografici, anche digitale")
 - Angiografia
 - Artrografia
 - Broncografia
 - Cistografia
 - Cistouretrografia
 - Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
 - Colangiografia percutanea (PTC)
 - Colangiografia trans Kehr
 - Colecistografia
 - Dacriocistografia/Dacriocistotac
 - Defecografia
 - Fistelografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia
 - Galattografia
 - Isterosalpingografia
 - Mielografia
 - Retinografia
 - Scialografia
 - Splenoportografia
 - Urografia
 - Vesciculodeferentografia
 - Videoangiografia
 - Wirsunggrafia
- Accertamenti
 - Accertamenti endoscopici



- Doppler
 - Ecocardiografia
 - Elettroencefalogramma
 - Elettromiografia
 - PET
 - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
 - Scintigrafia
 - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Alta specializzazione aggiuntiva
 - Amniocentesi o villocentesi
 - Densitometria ossea computerizzata (MOC)
 - Ulteriori prestazioni:
 - Cisternografia

Si precisa che sono comprese in garanzia:

- la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica)
- la colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)

anche se eseguite in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo Protezione i soli costi dell'accertamento.

Si precisa che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assicurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico. Qualora l'accertamento in fase di esecuzione richieda altre prestazioni non preventivamente autorizzabili o si tramuti in intervento chirurgico ambulatoriale (es. colonscopia con polipectomia), verrà comunque mantenuta l'autorizzazione della parte diagnostica inviata e si procederà alla rettifica per le prestazioni autorizzabili con ricalcolo dello scoperto a carico dell'Assicurato. La parte di prestazione non inizialmente preventivabile, rimarrà a totale carico dell'assicurato in quanto non prevista dal contratto.

Le biopsie effettuate durante l'accertamento si considerano comprese nell'accertamento stesso.

B.1.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili¹¹ nel nucleo familiare.

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

¹¹ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 40%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 50,00 euro per accertamento

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale 5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Costo della Angiografia € 125,00

Scoperto 40%

Prestazione autorizzata € 125,00, € 75,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale 5 prestazioni a nucleo familiare

Richiesta di rimborso per Angiografia € 125,00

Limite massimo indennizzabile € 50,00

Rimborso € 50,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 75,00 a carico dell'Assicurato.

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- solo una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.
- infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio

B.2.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili¹² nel nucleo familiare

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: franchigia 45,00 euro

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 50 euro a visita

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

¹² Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

Esempi:

Regime di assistenza diretta

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Costo della visita ortopedica euro 65,00

Franchigia euro 45,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 20,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 45,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €50,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 50,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 15,00 a carico dell'Assicurato

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ALTA SPECIALIZZAZIONE E VISITE SPECIALISTICHE

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa i ticket sanitari per accertamenti diagnostici, alta specializzazione e visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, **esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.**

Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).

In presenza di un documento di spesa contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- se tutte le prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e risulta riportato il costo di ciascuna o comunque risulta chiaramente indicato che tutte quante sono state erogate in regime pubblico, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando sempre la garanzia "Ticket" avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo;
- se alcune prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e altre a pagamento e risulta riportato il costo di ciascuna prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando la garanzia cui le stesse si riferiscono (es. Ticket per quelle eseguite in regime pubblico, Alta Specializzazione o Visite specialistiche per quelle eseguite a pagamento) avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo;
- se nel documento di spesa non è riportato il costo di ciascuna prestazione e l'Assicurato avanza una domanda di rimborso, la Compagnia rimborserà una sola prestazione alle condizioni previste dalla garanzia valorizzata: nel caso in cui l'Assicurato abbia valorizzato la garanzia Ticket, riceverà un importo pari a quello previsto per il ticket dalla legge in vigore. Il documento di spesa non potrà essere più utilizzato per chiedere il rimborso delle altre prestazioni.

Esempio:

Fattura complessiva di €186,15 da cui non si evince lo scorporo degli importi delle prestazioni effettuate in regime di solvenza (a pagamento) o in regime pubblico

Indennizzo: la Compagnia indennizzerà l'importo di € 36,15 in ticket.

L'importo residuo pari a € 150 resta a carico dell'Assicurato

B.3.1 MASSIMALE

Massimale: 5.000,00 euro anno/nucleo

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

Si precisa che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assicurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico.

B.4.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili¹³ nel nucleo familiare

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 40%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 30,00 euro a fattura

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 40%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 114,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 76,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura €30,00

¹³ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 30,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 160,00 a carico dell'Assicurato.

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo Protezione paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA Fetale
- amniocentesi o villocentesi:
 - per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione
 - per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale
- una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale illimitato
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale illimitato

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 36 euro a visita

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una.

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per visita € 36,00

Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche €130,00 (€ 65,00 l'una)

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 58,00 a carico dell'Assicurato.

C. FISIOTERAPIA

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

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



C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

Non rientrano nella definizione, 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)

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massima 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
In tal caso:
 - oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica

- il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 20 euro ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 148,00 (€ 240,00 - 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e €92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di €25,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, 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 a fini estetici)

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 20 euro ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 148,00 di cui 108,00 (€ 240,00 - 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale
Massimale € 250,00
Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00
Scoperto 30%
Indennizzo € 168,00 (€ 240,00 – 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, 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 a fini estetici)

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 25 euro ad accesso
 Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e fino 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta
 Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia
 In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 143,00 (€ 240,00 - 30% - 25€) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e €97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile €25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di €25,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, le spese sostenute dall'Assicurato che effettui le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata saranno rimborsate alle stesse condizioni previste dalla diretta.



L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo, disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.

Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.

D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- cure odontoiatriche (paradontologia - ad es. levigature - e diagnostica dentale - ad es. ortopantomica, rx endorale). Non sono comprese l'ortodonzia (ad es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);
- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia)
- protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche

per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

È necessario allegare documentazione radiografica da cui si evinca che l'elemento è stato devitalizzato in corso di validità della polizza, mentre l'Assicurato era in copertura e comunque non oltre il limite di 12 mesi.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: massimale 2.000,00 euro anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 2.000,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con "Visita odontoiatrica e ablazione tartaro"

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 - 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e trattamento di ablazione del tartaro (1 volta l'anno, in una unica seduta, per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e trattamenti di ablazione tartaro anche non propedeutici alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

Nel caso di utilizzo dell'Assistenza diretta, le strutture del Network erogano nella stessa seduta sia la visita odontoiatrica che ablazione tartaro, in coerenza con quanto previsto dalla presente garanzia.

Nel caso di accesso presso una struttura non convenzionata, l'Assicurato dovrà richiedere alla struttura l'esecuzione delle due prestazioni (visita odontoiatrica e ablazione tartaro)

nella stessa seduta; nel caso la fattura riporti solo una delle due prestazioni (ad esempio la sola ablazione tartaro), la Compagnia rimborserà comunque la fattura, alle condizioni riportate nella presente garanzia, fermo rimanendo che l'Assicurato non potrà eseguire l'altra prestazione nel corso della stessa annualità.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: massimale illimitato

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo 45,00 euro anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- Visita pedodontica e/o ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo 45,00 euro anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo 40,00 euro anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 40,00 per singolo dente

Indennizzo € 40,00 per il 1° figlio ed € 40,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontiasi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.

Si specifica che la "disodontiasi" e "l'inclusione ossea" si riferiscono solo alla posizione

dell'elemento e quindi alla tipologia di estrazione ma non sono patologie.

L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi o entro 18 mesi in caso di intervento di rigenerativa tardiva dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

In caso di comprovata e oggettiva impossibilità di eseguire l'intervento entro i termini sopra indicati, Intesa Sanpaolo Protezione potrà ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontiasi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra)

per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato
- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: 2.000,00 euro per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempio

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 2.000,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo Protezione garantisce l'erogazione delle prestazioni sotto elencate.

Esami del sangue:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES.

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti

Elettrocardiogramma di base

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta** ogni due anni per nucleo familiare.

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 80,00 euro a pacchetto

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2. MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE TIROIDEE

Intesa Sanpaolo Protezione eroga una volta ogni due anni per nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate:

- TSH
- FT3
- FT4
- visita endocrinologica

Le prestazioni possono essere effettuate in due tempi (es. prima gli esami e poi la visita endocrinologica) purchè:

- entro il limite temporale di validità voucher se utilizzato il regime di assistenza diretta

- senza limite temporale ma entro l'annualità assicurativa se utilizzato il regime rimborsuale.

Trascorsi due anni l'Assicurato potrà effettuare nuovamente le prestazioni tenendo presente che i due anni saranno così calcolati:

- per le prestazioni effettuate in forma diretta a decorrere dalla data di rilascio del voucher
- per le prestazioni effettuate in regime rimborsuale dalla data della fattura relativa della prima prestazione

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 50,00 euro a pacchetto

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.3. PREVENZIONE SOVRACCARICO FUNZIONALE

Intesa Sanpaolo Protezione prevede la possibilità di effettuare una visita fisiatrica o ortopedica una volta ogni due anni per nucleo familiare.

E.1.3.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 50,00 euro a pacchetto

E.1.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.4 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato compila il questionario accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo Protezione analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato

da Intesa Sanpaolo Protezione (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo Protezione provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.1.4.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 25,00 euro a pacchetto, elevato a 50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.4.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), **con eccezione della "Visita ginecologica + TEST HPV**

(PAPILLOMA VIRUS)”, prevista per Donne oltre i 30 anni, che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026.

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B)

Donne – oltre i 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A)

Donne – tra 21 e 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Donne – oltre i 30 anni

Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)

Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)

Donne – tra 40 e 49 anni

- Visita senologica
- Mammografia

Donne – oltre i 50 anni

Mammografia

Donne – senza limiti di età

Ecografia transvaginale

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro**

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: **scoperto 20%**
- Regime rimborsuale: **scoperto 20%**

Esempio:

Una donna di 31 anni nel 2024 può richiedere o il pacchetto A o il pacchetto B (Visita ginecologica + TEST HPV PAPILLOMA VIRUS) e decidere di aggiungere anche il pacchetto C.

Nel 2026 potrà usufruire solamente del pacchetto A e aggiungere eventualmente il pacchetto C.

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 36,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni)

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo

Uomo – senza limite di età

- visita urologica
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale)

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 80,00 euro

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2023 potrà effettuarlo nel 2025):

- PSA FREE
- 2 PRO PSA

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 50,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

La garanzia opera esclusivamente per il lavoratore caponucleo iscritto a Metasalute.

Non opera né per i familiari a carico né per quelli non a carico.

Per avere accesso alle prestazioni si richiede la seguente certificazione:

- in caso di invalidità non più rivedibile, l'ultimo verbale rilasciato dall'INPS o dall'INAIL
- in caso di invalidità rivedibile, l'ultimo verbale disponibile rilasciato dall'INPS o dall'INAIL unitamente ad un'autocertificazione dell'Assicurato che attesti di non essere ancora stato sottoposto a nuova revisione. Trattandosi di garanzia per la quale viene erogato un importo una tantum, il grado di invalidità che determina l'ammontare dell'indennità è quello risultante dal verbale presentato al momento della richiesta. A ciò consegue che l'Assicurato non potrà richiedere eventuali modifiche dell'importo dell'indennità a seguito di un eventuale successivo aumento della percentuale di invalidità.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) ed è utilizzabile esclusivamente per ottenere il rimborso delle spese sostenute: l'Assicurato potrà presentare una sola richiesta di rimborso nel corso del triennio, cumulativa di tutte le

spese sostenute per le prestazioni eseguite, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero.

La domanda di rimborso può pertanto contenere più fatture purchè relative a prestazioni eseguite e fatturate nel corso della vigenza contrattuale e inviate in un'unica soluzione.

Nel caso in cui la domanda di rimborso abbia ad oggetto spese riferibili a più prestazioni, la data del sinistro sarà quella di esecuzione dell'ultima prestazione.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- a. Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- b. Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- c. Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, viene messo a disposizione una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

- a. Invalidità con grado tra 24% e 33%
 - 1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purchè collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
 - 2. prestazioni di fisioterapia purchè collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
 - 3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento...)
 - 4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
 - 5. assistenza psicologica/psichiatrica
 - 6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
 - 7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
 - 8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
 - 9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
 - 10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 7.000,00 euro

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 10.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 15.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

- a. di grado compreso tra l'80% e il 90%

b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, viene messo a disposizione una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 8.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale 10.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

Si precisa che per gli interventi di cataratta per gli Assicurati under 60 la Compagnia richiede l'esito dell'esame fatto con la lampada a fessura.

Indipendentemente dall'età dell'Assicurato, la Compagnia indennizza il costo della sola lente neutra; la differenza di costo con eventuale lente graduata resta a carico dell'Assicurato.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo 1.500,00 euro per evento

- Regime rimborsuale (anche nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati)/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo 1.500 euro per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 35%

Regime rimborsuale: scoperto 35%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.500,00 per evento

Costo dell'intervento € 1.300,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 1.300,00 di cui € 845,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 455,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.500,00 per evento

Richiesta di rimborso per intervento € 1.300,00

Scoperto 35%

Indennizzo € 845,00

Restano a carico dell'Assicurato € 455,00

G.2 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - TUTTE LE TECNICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) senza franchigie o scoperti per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

Sono esclusi gli esami propedeutici e successivi al trattamento di Procreazione medicalmente assistita.

Le prestazioni saranno liquidate sempreché la fattura sia intestata al soggetto beneficiario della prestazione, che dovrà essere necessariamente assicurato ai sensi del presente contratto. Pertanto, qualora sia assicurato o solo l'uomo o solo la donna, le prestazioni indicate in fattura dovranno riferirsi al soggetto beneficiario della prestazione e non saranno indennizzabili prestazioni riferite a soggetti non assicurati o di sesso diverso rispetto a quello del soggetto destinatario della prestazione eseguita.

G.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di 700,00 euro anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di 500,00 euro anno/nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti.

G.3 TRISOMIA 21 - SINDROME DI DOWN (FIGLI DEL TITOLARE CAPONUCLEO)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato in copertura, la garanzia prevede una indennità di 1.000,00 euro per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

G.4 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post-parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.4.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: 350,00 euro anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro anno/nucleo familiare.

G.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.5 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per logopedia, a seguito di malattia, effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.5.1 MASSIMALE

Massimale: 100,00 euro anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta

Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO USUFRUITO DI ALCUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo (sia in forma diretta che a rimborso) per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo Protezione corrisponde un indennizzo annuo ai figli disabili dei Titolari caponucleo, inseriti in copertura, con invalidità riconosciuta superiore al 45%¹⁴.

L'indennizzo è determinato in via forfettaria e rappresenta un contributo a fronte delle spese sostenute per l'assistenza del disabile. L'indennizzo viene corrisposto a fronte della presentazione di copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%. Per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva.

¹⁴ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

L'importo dell'indennizzo è di 750,00 euro per Nucleo familiare, innalzato a 1.000,00 euro in caso di nucleo familiare monoparentale o monoreddito.

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO MS1

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa.

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI) anche in Day Hospital, Day Surgery o in regime ambulatoriale

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico

B) PRESTAZIONI EXTRARICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e ablazione tartaro
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base

- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari a carico comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ALLEGATO "ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI") ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale



A.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DH, DS O IN REGIME AMBULATORIALE (COMPRESO NELL' ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici ed endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria.

Post ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche

- prestazioni infermieristiche
- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi anche i medicinali prescritti all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura e strettamente correlati all'intervento eseguito.

Si precisa che le prestazioni post ricovero collegate ad un intervento avvenuto nel 2023 che dovranno essere eseguite nel 2024, potranno essere erogate esclusivamente in forma rimborsuale alle condizioni previste per l'evento principale (ricovero).

Tali prestazioni post ricovero possono essere effettuate presso una struttura convenzionata con il Network oppure non convenzionata. Verranno applicate le condizioni (massimali ed eventuali scoperti e franchigie) del regime prescelto per l'evento principale (ricovero).

Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo.

Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigore di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2024-2026) pari a 4.000,00 euro per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta.

Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione e a scopo profilattico.

Retta **di degenza dell'Accompagnatore**



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, documentate con fatture, notule, ricevute, ecc. Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

Trasporto sanitario



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato sostenga un intervento chirurgico ordinario in assistenza diretta (massimale 18.000,00 euro) e riceva un indennizzo di 16.000,00 euro, potrà ottenere fino a 2.000,00 euro di ulteriore indennizzo, anche in regime rimborsuale, per spese connesse al medesimo intervento).

- Assistenza Diretta: illimitato (sempre esclusivamente per gli interventi chirurgici compresi nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici).

- Regime rimborsuale (anche nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati)/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:

- 18.000,00 euro Interventi Chirurgici ordinari
- 22.500,00 euro Interventi Chirurgici complessi
- 45.000,00 euro Trapianti

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati

Si precisa che la richiesta di autorizzazione di un ricovero in forma diretta viene concessa solo quando risultino convenzionati sia la struttura sanitaria, sia la prestazione richiesta e sia il medico che la deve eseguire. In tutti gli altri casi l'autorizzazione non sarà concessa e l'Assicurato, una volta sostenute le spese del ricovero, potrà chiederne il rimborso, sempre che sussistano tutti i presupposti previsti dal presente contratto: in tali casi saranno applicate le condizioni del regime rimborsuale a tutte le spese sostenute, anche a quelle riferibili ad una struttura convenzionata o a un medico convenzionato.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre se compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza diretta

Regime rimborsuale

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato.

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta: scoperto del 15%

Regime rimborsuale: scoperto del 15%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00
Scoperto 15%
Prestazione autorizzata € 14.298,00, di cui € 12.153,30 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 2.144,70 a carico dell'Assicurato
Regime rimborsuale
Massimale € 18.000,00
Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00
Scoperto 15%
Indennizzo € 12.153,30 (€ 14.298,00 - 15% scoperto, pari a € 2.144,70, a carico dell'Assicurato)

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery) compreso nell'Allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici"



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero in contesto di intervento chirurgico (compreso nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo Protezione paga un'indennità di 100,00 euro per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

Qualora l'Assicurato abbia richiesto l'indennizzo (sia in forma di assistenza diretta che attraverso il regime rimborsuale) di prestazioni prima, durante e dopo il ricovero di cui alla lettera A.1. non avrà diritto a ottenere l'indennità sostitutiva.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

B. PRESTAZIONI EXTRA -RICOVERO / ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Si precisa che le prestazioni previste dalla presente garanzia alle lettere B.1, B.2 e B.4 sono **indennizzabili nell'ambito di un massimale di 5 prestazioni annue per nucleo familiare** (massimale che non si applica nel caso di presenza di figli disabili nel nucleo familiare). Il conteggio viene effettuato con riferimento ad ogni singola prestazione, anche nel caso in cui fossero eseguite più prestazioni assieme, riferibili alla medesima prescrizione medica. Pertanto, l'Assicurato dovrà manifestare la propria volontà rispetto alla prestazione che intende richiedere a rimborso, selezionando correttamente l'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/APP oppure inserendole nel modulo cartaceo.

Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).

In presenza di una fattura contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- nel caso in cui la fattura riporti il costo di ogni singola prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui vuole ottenere il rimborso, avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo. In caso contrario, Intesa Sanpaolo Protezione rimborserà la sola prestazione richiesta e la fattura non potrà più essere utilizzata per chiedere il rimborso delle altre prestazioni;
- nel caso in cui la fattura non riporti il costo di ogni singola prestazione, Intesa Sanpaolo Protezione rimborserà la sola prestazione della tipologia valorizzata

dall'Assicurato nell'inoltare la richiesta e la fattura non potrà più essere utilizzata per chiedere il rimborso di altre prestazioni.

Esempi:

Fattura unica di 110 € per Visita e Accertamento Diagnostico eseguiti lo stesso giorno e riferibili alla medesima prescrizione medica
IPOTESI 1: nella fattura viene indicato il costo di 70 € riferibile alla Visita e di 40 € riferibile all'Accertamento

CASO A: l'Assicurato chiede il rimborso della sola Visita. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € (sub-massimale per singola Visita), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'Accertamento.

CASO B: l'Assicurato chiede il rimborso del solo Accertamento. L'Assicurato ottiene il rimborso di 30 € (sub-massimale per singolo Accertamento), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso della Visita.

CASO C: l'Assicurato, inserita la richiesta di rimborso della Visita, prosegue e inserisce contestualmente la richiesta di rimborso anche dell'Accertamento, in quanto riferito alla medesima prescrizione medica. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € per la Visita e di 30 € per l'Accertamento e vengono conteggiate 2 prestazioni indennizzate.

IPOTESI 2: nella fattura viene indicato il costo di 110 € riferibile alle prestazioni Visita e Accertamento, senza alcun dettaglio relativo al costo di ciascuna delle prestazioni

In questo caso l'Assicurato potrà utilizzare la fattura per chiedere il rimborso di una sola prestazione e otterrà 50 € (submassimale per singola Visita) oppure 30 € (submassimale per Accertamento) a seconda di quale sia la tipologia di prestazione valorizzata in sede di richiesta di rimborso (Visita oppure Accertamento). Viene quindi conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'altra prestazione eseguita.

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- Alta diagnostica radiologica (compresi esami stratigrafici e contrastografici, anche digitale")
 - Angiografia
 - Artrografia
 - Broncografia
 - Cistografia
 - Cistouretrografia
 - Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
 - Colangiografia percutanea (PTC)
 - Colangiografia trans Kehr
 - Colecistografia
 - Dacriocistografia/Dacriocistotac
 - Defecografia
 - Fistelografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia
 - Galattografia
 - Isterosalpingografia
 - Mielografia
 - Retinografia
 - Scialografia
 - Splenoportografia
 - Urografia
 - Vesciculodeferentografia
 - Videoangiografia
 - Wirsunggrafia



- Accertamenti
 - Accertamenti endoscopici
 - Doppler
 - Ecocardiografia
 - Elettroencefalogramma
 - Elettromiografia
 - PET
 - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
 - Scintigrafia
 - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

- Alta specializzazione aggiuntiva
 - Amniocentesi o villocentesi
 - Densitometria ossea computerizzata (MOC)

- Ulteriori prestazioni:
 - Cisternografia

Si precisa che sono comprese in garanzia:

- la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica)
- la colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)

anche se eseguite in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo Protezione i soli costi dell'accertamento.

Si precisa che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assicurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico. Qualora l'accertamento in fase di esecuzione richieda altre prestazioni non preventivamente autorizzabili o si tramuti in intervento chirurgico ambulatoriale (es. colonscopia con polipectomia), verrà comunque mantenuta l'autorizzazione della parte diagnostica inviata e si procederà alla rettifica per le prestazioni autorizzabili con ricalcolo dello scoperto a carico dell'Assicurato. La parte di prestazione non inizialmente preventivabile, rimarrà a totale carico dell'assicurato in quanto non prevista dal contratto.

Le biopsie effettuate durante l'accertamento si considerano comprese nell'accertamento stesso.

B.1.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili¹⁵ nel nucleo familiare.

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

¹⁵ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 40%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 70,00 euro per accertamento

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale 5 prestazioni a nucleo familiare: senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Costo della Angiografia € 125,00

Scoperto 40%

Prestazione autorizzata € 125,00, € 75,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale 5 prestazioni a nucleo familiare: senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Richiesta di rimborso per Angiografia € 125,00

Massimo indennizzabile € 70,00

Rimborso € 70,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 55,00 a carico dell'Assicurato.

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- solo una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.
- infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio

B.2.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili¹⁶ nel nucleo familiare

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: franchigia 45,00 euro

¹⁶ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 50 euro a visita

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare Costo della visita ortopedica euro 65,00

Franchigia euro 45,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 20,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 45,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €50,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 50,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 15,00 a carico dell'Assicurato

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ALTA SPECIALIZZAZIONE E VISITE SPECIALISTICHE

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa i ticket sanitari per accertamenti diagnostici, alta specializzazione e visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).

In presenza di un documento di spesa contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- se tutte le prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e risulta riportato il costo di ciascuna o comunque risulta chiaramente indicato che tutte quante sono state erogate in regime pubblico, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando sempre la garanzia "Ticket" avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo
- se alcune prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e altre a pagamento e risulta riportato il costo di ciascuna prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando la garanzia cui le stesse si riferiscono (es. Ticket per quelle eseguite in regime pubblico, Alta Specializzazione o Visite specialistiche per quelle eseguite a pagamento) avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo
- se nel documento di spesa non è riportato il costo di ciascuna prestazione e l'Assicurato avanza una domanda di rimborso, la Compagnia rimborserà una sola prestazione alle condizioni previste dalla garanzia valorizzata: nel caso in cui l'Assicurato abbia valorizzato la garanzia Ticket, riceverà un importo pari a quello previsto per il ticket dalla legge in vigore. Il documento di spesa non potrà essere più utilizzato per chiedere il rimborso delle altre prestazioni.

Esempio:

Fattura complessiva di €186,15 da cui non si evince lo scorporo degli importi delle prestazioni effettuate in regime di solvenza (a pagamento) o in regime pubblico

Indennizzo: la Compagnia indennizzerà l'importo di € 36,15 in ticket.
L'importo residuo pari a € 150 resta a carico dell'Assicurato

B.3.1 MASSIMALE

Massimale: 5.000,00 euro anno/nucleo

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

Si precisa che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assicurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico.

B.4.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili¹⁷ nel nucleo familiare

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 40%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate dall'Assicurato fino a 30,00 euro a fattura

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 40%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 114,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 76,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare Limite massimo indennizzabile per

¹⁷ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

ciascuna fattura €30,00
Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00
Nessuno scoperto/franchigia
Rimborso € 30,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 160,00 a carico dell'Assicurato.

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo Protezione paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA Fetale
- amniocentesi o villocentesi:
 - per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione
 - per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale
- una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta

- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale illimitato
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale illimitato

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate dall'Assicurato fino a 36 euro a visita

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una.

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per visita € 36,00

Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche €130,00 (€ 65,00 l'una)

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 58,00 a carico dell'Assicurato.

C. FISIOTERAPIA

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

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)



o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

Non rientrano nella definizione, 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)

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massima 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
- tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
- il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
- il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
- le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate

- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 20 euro ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 148,00 (€ 240,00 - 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di € 25,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, 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 a fini estetici)

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare

- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
In tal caso:
 - oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 20 euro ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 148,00 di cui 108,00 (€ 240,00 – 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 168,00 (€ 240,00 – 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, 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 a fini estetici)

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 25 euro ad accesso

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e fino 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 143,00 (€ 240,00 – 30% - 25€) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di € 25,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, le spese sostenute dall'Assicurato che effettui le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata saranno rimborsate alle stesse condizioni previste dalla diretta. L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo, disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.

Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.

D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- cure odontoiatriche (paradontologia – ad es. levigature - e diagnostica dentale – ad es. ortopantomica, rx endorale). Non sono comprese l'ortodonzia (ad es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);
- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia)
- protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.



Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

È necessario allegare documentazione radiografica da cui si evinca che l'elemento è stato devitalizzato in corso di validità della polizza, mentre l'Assicurato era in copertura e comunque non oltre il limite di 12 mesi.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: massimale 2.000,00 euro anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 2.000,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con "Visita odontoiatrica e ablazione tartaro"

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 - 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e trattamento di ablazione del tartaro (1 volta l'anno, in una unica seduta, per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e trattamenti di ablazione tartaro anche non propedeutici alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

Nel caso di utilizzo dell'Assistenza diretta, le strutture del Network erogano nella stessa seduta sia la visita odontoiatrica che l'ablazione del tartaro, in coerenza con quanto previsto dalla presente garanzia.



Nel caso di accesso presso una struttura non convenzionata, l'Assicurato dovrà richiedere alla struttura l'esecuzione delle due prestazioni (visita odontoiatrica e ablazione del tartaro) nella stessa seduta; nel caso la fattura riporti solo una delle due prestazioni (ad esempio la sola ablazione tartaro), la Compagnia rimborserà comunque la fattura, alle condizioni riportate nella presente garanzia, fermo rimanendo che l'Assicurato non potrà eseguire l'altra prestazione nel corso della stessa annualità.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: massimale illimitato

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo 45,00 euro anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- Visita pedodontica e/o ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo 45,00 euro anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo 40,00 euro anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 40,00 per singolo dente

Indennizzo € 40,00 per il 1° figlio ed € 40,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontiasi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.

Si specifica che la “disodontiasi” e “l’inclusione ossea” si riferiscono solo alla posizione dell'elemento e quindi alla tipologia di estrazione ma non sono patologie.

L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi o entro 18 mesi in caso di intervento di rigenerativa tardiva dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

In caso di comprovata e oggettiva impossibilità di eseguire l'intervento entro i termini sopra indicati, Intesa Sanpaolo Protezione potrà ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontiasi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra)

per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato

- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: 2.000,00 euro per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempio

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 2.000,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo Protezione garantisce l'erogazione delle prestazioni sotto elencate.

Esami del sangue:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES.

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti

Elettrocardiogramma di base

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta** ogni due anni per nucleo familiare.

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 80,00 euro a pacchetto

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2. MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE TIROIDEE

Intesa Sanpaolo Protezione eroga una volta ogni due anni per nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate:

- TSH
- FT3
- FT4
- visita endocrinologica

Le prestazioni possono essere effettuate in due tempi (es. prima gli esami e poi la visita endocrinologica) purchè:

- entro il limite temporale di validità voucher se utilizzato il regime di assistenza diretta
- senza limite temporale ma entro l'annualità assicurativa se utilizzato il regime rimborsuale.

Trascorsi due anni l'Assicurato potrà effettuare nuovamente le prestazioni tenendo presente che i due anni saranno così calcolati:

- per le prestazioni effettuate in forma diretta a decorrere dalla data di rilascio del voucher
- per le prestazioni effettuate in regime rimborsuale dalla data della fattura relativa della prima prestazione

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 50,00 euro a pacchetto

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.3. PREVENZIONE SOVRACCARICO FUNZIONALE

Intesa Sanpaolo Protezione prevede la possibilità di effettuare una visita fisiatrica o ortopedica una volta ogni due anni per nucleo familiare.

E.1.3.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 50,00 euro a pacchetto

E.1.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.4 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato compila il questionario accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo Protezione analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo Protezione (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo Protezione provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.1.4.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 25,00 euro a pacchetto, elevato a 50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.4.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), **con eccezione della "Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)"**, prevista per Donne oltre i 30 anni, che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026.

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B)

Donne – oltre i 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A)

Donne – tra 21 e 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Donne – oltre i 30 anni

Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)

Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)

Donne – tra 40 e 49 anni

- Visita senologica
- Mammografia

Donne – oltre i 50 anni

Mammografia

Donne – senza limiti di età

Ecografia transvaginale

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro**

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

Esempio:

Una donna di 31 anni nel 2024 può richiedere o il pacchetto A o il pacchetto B (Visita ginecologica + TEST HPV PAPANICOLAU) e decidere di aggiungere anche il pacchetto C.

Nel 2026 potrà usufruire solamente del pacchetto A e aggiungere eventualmente il pacchetto C.

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, **un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni** (chi l'avesse eseguita nel

2023 potrà effettuarla nel 2025), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 36,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni)

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo

Uomo – senza limite di età

- visita urologica
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale)

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 80,00 euro

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2023 potrà effettuarlo nel 2025):

- PSA FREE
- 2 PRO PSA

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 50,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

La garanzia opera esclusivamente per il lavoratore caponucleo iscritto a Metasalute.

Non opera né per i familiari a carico né per quelli non a carico.

Per avere accesso alle prestazioni si richiede la seguente certificazione:

- in caso di invalidità non più rivedibile, l'ultimo verbale rilasciato dall'INPS o dall'INAIL
- in caso di invalidità rivedibile, l'ultimo verbale disponibile rilasciato dall'INPS o dall'INAIL unitamente ad un'autocertificazione dell'Assicurato che attesti di non essere ancora stato sottoposto a nuova revisione. Trattandosi di garanzia per la quale viene erogato un importo una tantum, il grado di invalidità che determina l'ammontare dell'indennità è quello risultante dal verbale presentato al momento della richiesta. A ciò consegue che l'Assicurato non potrà richiedere eventuali modifiche dell'importo dell'indennità a seguito di un eventuale successivo aumento della percentuale di invalidità.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) ed è utilizzabile esclusivamente per ottenere il rimborso delle spese sostenute: l'Assicurato potrà presentare una sola richiesta di rimborso nel corso del triennio, cumulativa di tutte le spese sostenute per le prestazioni eseguite, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero.

La domanda di rimborso può pertanto contenere più fatture purché relative a prestazioni eseguite e fatturate nel corso della vigenza contrattuale e inviate in un'unica soluzione.

Nel caso in cui la domanda di rimborso abbia ad oggetto spese riferibili a più prestazioni, la data del sinistro sarà quella di esecuzione dell'ultima prestazione.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- a. Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- b. Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- c. Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, viene messo a disposizione una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado tra 24% e 33%

- 1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
- 2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
- 3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento...)
- 4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
- 5. assistenza psicologica/psichiatrica
- 6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
- 7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
- 8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
- 9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
- 10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 7.000,00 euro

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

- 1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
- 2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
- 3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)

4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 10.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 15.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

- a. di grado compreso tra l'80% e il 90%
- b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, viene messo a disposizione una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

- a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. **dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.**

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 8.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. **dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo**
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale 10.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il **ricovero/l'intervento**

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

Si precisa che per gli interventi di cataratta per gli Assicurati under 60 la Compagnia richiede l'esito dell'esame fatto con la lampada a fessura.

Indipendentemente dall'età dell'Assicurato, la Compagnia indennizza il costo della sola lente neutra; la differenza di costo con eventuale lente graduata resta a carico dell'Assicurato.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo 1.500,00 euro per evento
- Regime rimborsuale (anche nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati)/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo 1.500 euro per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 35%

Regime rimborsuale: scoperto 35%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.500,00 per evento

Costo dell'intervento € 1.300,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 1.300,00 di cui € 845,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 455,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.500,00 per evento

Richiesta di rimborso per intervento € 1.300,00

Scoperto 35%

Indennizzo € 845,00

Restano a carico dell'Assicurato € 455,00

G.2 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - TUTTE LE TECNICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) senza franchigie o scoperti per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

Sono esclusi gli esami propedeutici e successivi al trattamento di Procreazione medicalmente assistita.

Le prestazioni saranno liquidate sempreché la fattura sia intestata al soggetto beneficiario della prestazione, che dovrà essere necessariamente assicurato ai sensi del presente contratto. Pertanto, qualora sia assicurato o solo l'uomo o solo la donna, le prestazioni indicate in fattura dovranno riferirsi al soggetto beneficiario della prestazione e non saranno indennizzabili prestazioni riferite a soggetti non assicurati o di sesso diverso rispetto a quello del soggetto destinatario della prestazione eseguita.

G.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di 700,00 euro anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di 500,00 euro anno/nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti.

G.3 TRISOMIA 21 - SINDROME DI DOWN (FIGLI DEL TITOLARE CAPONUCLEO)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato in copertura, la garanzia prevede una indennità di 1.000,00 euro per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

G.4 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.4.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: 350,00 euro anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro anno/nucleo familiare.

G.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.5 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per logopedia, a seguito di malattia, effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.5.1 MASSIMALE

Massimale: 100,00 euro anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- **Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, **fino a massimo 20,00 euro a seduta.**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta

Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO USUFRUITO DI ALCUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo (sia in forma diretta che a rimborso) per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo Protezione corrisponde un indennizzo annuo ai figli disabili dei Titolari caponucleo, inseriti in copertura, con invalidità riconosciuta superiore al 45%¹⁸.

L'indennizzo è determinato in via forfettaria e rappresenta un contributo a fronte delle spese sostenute per l'assistenza del disabile. L'indennizzo viene corrisposto a fronte della presentazione di copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%. Per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva.

¹⁸ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

L'importo dell'indennizzo è di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di nucleo familiare monoparentale o monoreddito.

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO MS2

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa. La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO (ESTESE A TUTTI GLI INTERVENTI CHIRURGICI, CON ECCEZIONE DI QUELLI PREVISTI DAI § D E G) ANCHE IN DAY HOSPITAL, DAY SURGERY O IN REGIME AMBULATORIALE

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico

B) PRESTAZIONI EXTRARICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e ablazione tartaro
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base

- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni
- obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)
- protesi/ausili medici ortopedici e acustici
- cure termali

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari a carico comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale



A.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DH, DS O IN REGIME AMBULATORIALE (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)

- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purchè erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria

Dopo il ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche
- prestazioni infermieristiche
- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)

effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi anche i medicinali prescritti all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura e strettamente correlati all'intervento eseguito.

Si precisa che le prestazioni post ricovero collegate ad un intervento avvenuto nel 2023 che dovranno essere eseguite nel 2024, potranno essere erogate esclusivamente in forma rimborsuale alle condizioni previste per l'evento principale (ricovero).

Tali prestazioni post ricovero possono essere effettuate presso una struttura convenzionata con il Network oppure non convenzionata. Verranno applicate le condizioni (massimali ed eventuali scoperti e franchigie) del regime prescelto per l'evento principale (ricovero).

Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo.

Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2024-2026) pari a 4.000,00 euro per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta.

Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione e a scopo profilattico.

Intervento laser correzione difetti visivi

La Compagnia indennizza le spese sostenute dall'Assicurato per interventi laser per la correzione di difetti visivi pari o superiori a 7 diottrie per ciascuno dei due occhi.

Retta **di degenza dell'Accompagnatore**



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, documentate con fatture, notule, ricevute, ecc. Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)

Trasporto sanitario



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato sostenga un intervento chirurgico ordinario in assistenza diretta (massimale 18.000,00 euro) e riceva un indennizzo di 16.000,00 euro, potrà ottenere fino a 2.000,00 euro di ulteriore indennizzo, anche in regime rimborsuale, per spese connesse al medesimo intervento).

- Assistenza Diretta: illimitato per tutti gli interventi chirurgici (con eccezione di quelli previsti dai § D e G). La somma massima erogabile una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) per intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza è pari a € 4.000,00 ad evento a mammella.

- Regime rimborsuale (anche nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati)/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:

- 18.000,00 euro Interventi Chirurgici ordinari
- 22.500,00 euro Interventi Chirurgici complessi
- 45.000,00 euro Trapianti
- **Interventi non compresi nell'allegato:** 8.000,00 euro per intervento.

In caso di intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza, il sub massimale una tantum (una volta sola nel triennio 2023-2026) è di 4.000,00 euro ad evento a mammella.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati

Si precisa che la richiesta di autorizzazione di un ricovero in forma diretta viene concessa solo quando risultino convenzionati sia la struttura sanitaria, sia la prestazione richiesta e sia il medico che la deve eseguire. In tutti gli altri casi l'autorizzazione non sarà concessa e l'Assicurato, una volta sostenute le spese del ricovero, potrà chiederne il rimborso, sempre che sussistano tutti i presupposti previsti dal presente contratto: in tali casi saranno applicate le condizioni del regime rimborsuale a tutte le spese sostenute, anche a quelle riferibili ad una struttura convenzionata o a un medico convenzionato.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre se compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 35% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Regime rimborsuale:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 35% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- rimborso dei ticket sanitari senza applicazione di scoperti/franchigie

Esempi prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 35% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 9.293,70 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 5.004,30 a carico dell'Assicurato)

Regime rimborsuale

Massimale € 8.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 35% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Indennizzo € 8.000,00 pari all'importo massimo indennizzabile per intervento

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (esteso a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo Protezione paga un'indennità di 100,00 euro per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero, per far fronte alle

necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

Qualora l'Assicurato abbia richiesto l'indennizzo (sia in forma di assistenza diretta che attraverso il regime rimborsuale) di prestazioni prima, durante e dopo il ricovero di cui alla lettera A.1. non avrà diritto a ottenere l'indennità sostitutiva.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

B. PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO/ ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Si precisa che le prestazioni previste dalla presente garanzia alle lettere B.1, B.2 e B.4 sono indennizzabili nell'ambito di un massimale di 5 prestazioni annue per nucleo familiare (massimale che non si applica nel caso di presenza di figli disabili nel nucleo familiare). Il conteggio viene effettuato con riferimento ad ogni singola prestazione, anche nel caso in cui fossero eseguite più prestazioni assieme, riferibili alla medesima prescrizione medica. Pertanto, l'Assicurato dovrà manifestare la propria volontà rispetto alla prestazione che intende richiedere a rimborso, selezionando correttamente l'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/APP oppure inserendole nel modulo cartaceo.

Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).

In presenza di una fattura contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- nel caso in cui la fattura riporti il costo di ogni singola prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui vuole ottenere il rimborso, avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/APP oppure inserendole nel modulo cartaceo. In caso contrario, Intesa Sanpaolo Protezione rimborserà la sola prestazione richiesta e la fattura non potrà più essere utilizzata per chiedere il rimborso delle altre prestazioni;
- nel caso in cui la fattura non riporti il costo di ogni singola prestazione, Intesa Sanpaolo Protezione rimborserà la sola prestazione della tipologia valorizzata dall'Assicurato nell'inoltare la richiesta e la fattura non potrà più essere utilizzata per chiedere il rimborso di altre prestazioni.

Esempi:

Fattura unica di 110 € per Visita e Accertamento Diagnostico eseguiti lo stesso giorno e riferibili alla medesima prescrizione medica

IPOTESI 1: nella fattura viene indicato il costo di 70 € riferibile alla Visita e di 40 € riferibile all'Accertamento

CASO A: l'Assicurato chiede il rimborso della sola Visita. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € (sub-massimale per singola Visita), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'Accertamento.

CASO B: l'Assicurato chiede il rimborso del solo Accertamento. L'Assicurato ottiene il rimborso di 30 € (sub-massimale per singolo Accertamento), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso della Visita.

CASO C: l'Assicurato, inserita la richiesta di rimborso della Visita, prosegue e inserisce contestualmente la richiesta di rimborso anche dell'Accertamento, in quanto riferito alla medesima prescrizione medica. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € per la Visita e di 30 € per l'Accertamento e vengono conteggiate 2 prestazioni indennizzate.

IPOTESI 2: nella fattura viene indicato il costo di 110 € riferibile alle prestazioni Visita e Accertamento, senza alcun dettaglio relativo al costo di ciascuna delle prestazioni

In questo caso l'Assicurato potrà utilizzare la fattura per chiedere il rimborso di una sola prestazione e otterrà 50 € (submassimale per singola Visita) oppure 30 € (submassimale per Accertamento) a seconda di quale sia la tipologia di prestazione valorizzata in sede di richiesta di rimborso (Visita oppure Accertamento). Viene quindi conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'altra prestazione eseguita.

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- Alta diagnostica radiologica (compresi esami stratigrafici e contrastografici, anche digitale")
 - Angiografia
 - Artrografia
 - Broncografia
 - Cistografia
 - Cistouretrografia
 - Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
 - Colangiografia percutanea (PTC)
 - Colangiografia trans Kehr
 - Colecistografia
 - Dacriocistografia/Dacriocistotac
 - Defecografia
 - Fistelografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia
 - Galattografia
 - Isterosalpingografia
 - Mielografia
 - Retinografia
 - Scialografia
 - Splenoportografia
 - Urografia
 - Vesciculodeferentografia
 - Videoangiografia
 - Wirsunggrafia
- Accertamenti
 - Accertamenti endoscopici
 - Doppler
 - Ecocardiografia
 - Elettroencefalogramma
 - Elettromiografia
 - PET
 - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
 - Scintigrafia
 - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Alta specializzazione aggiuntiva
 - Amniocentesi o villocentesi
 - Densitometria ossea computerizzata (MOC)



- Ulteriori prestazioni:
 - Cisternografia

Si precisa che sono comprese in garanzia:

- la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica)
- la colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)

anche se eseguite in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo Protezione i soli costi dell'accertamento.

Si precisa che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assicurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico. Qualora l'accertamento in fase di esecuzione richieda altre prestazioni non preventivamente autorizzabili o si tramuti in intervento chirurgico ambulatoriale (es. colonscopia con polipectomia), verrà comunque mantenuta l'autorizzazione della parte diagnostica inviata e si procederà alla rettifica per le prestazioni autorizzabili con ricalcolo dello scoperto a carico dell'Assicurato.

Le biopsie effettuate durante l'accertamento si considerano comprese nell'accertamento stesso.

B.1.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili¹⁹ nel nucleo familiare.

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 40%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 70,00 euro per accertamento

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale 5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Costo della Angiografia € 125,00

Scoperto 40%

Prestazione autorizzata € 125,00, € 75,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale 5 prestazioni a nucleo familiare

Richiesta di rimborso per Angiografia € 125,00

¹⁹ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

Limite massimo indennizzabile € 70,00
Rimborso € 70,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 55,00 a carico dell'Assicurato.

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- solo una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.
- infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio

B.2.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili²⁰ nel nucleo familiare

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: franchigia 45,00 euro

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 50 euro a visita

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Costo della visita ortopedica euro 65,00

Franchigia euro 45,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 20,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 45,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €50,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 50,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 15,00 a carico dell'Assicurato

²⁰ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ALTA SPECIALIZZAZIONE E VISITE SPECIALISTICHE

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa i ticket sanitari per accertamenti diagnostici, alta specializzazione e visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, **esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici**.

Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, **per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento)**.

In presenza di un documento di spesa contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- se tutte le prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e risulta riportato il costo di ciascuna o comunque risulta chiaramente indicato che tutte quante sono state erogate in regime pubblico, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando sempre la garanzia "Ticket" avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo
- se alcune prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e altre a pagamento e risulta riportato il costo di ciascuna prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando la garanzia cui le stesse si riferiscono (es. Ticket per quelle eseguite in regime pubblico, Alta Specializzazione o Visite specialistiche per quelle eseguite a pagamento) avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo
- se nel documento di spesa non è riportato il costo di ciascuna prestazione e l'Assicurato avanza una domanda di rimborso, la Compagnia rimborserà una sola prestazione alle condizioni previste dalla garanzia valorizzata: nel caso in cui l'Assicurato abbia valorizzato la garanzia Ticket, riceverà un importo pari a quello previsto per il ticket dalla legge in vigore. Il documento di spesa non potrà essere più utilizzato per chiedere il rimborso delle altre prestazioni.

Esempio:

Fattura complessiva di €186,15 da cui non si evince lo scorporo degli importi delle prestazioni effettuate in regime di solvenza (a pagamento) o in regime pubblico

Indennizzo: la Compagnia indennizzerà l'importo di € 36,15 in ticket.

L'importo residuo pari a € 150 resta a carico dell'Assicurato

B.3.1 MASSIMALE

Massimale: 5.000,00 euro anno/nucleo

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

Si precisa che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assicurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico.

B.4.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili²¹ nel nucleo familiare

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 40%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 30,00 euro a fattura

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 40%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 114,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 76,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura €30,00

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 30,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 160,00 a carico dell'Assicurato.

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo Protezione paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA Fetale
- amniocentesi o villocentesi:
 - per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione

²¹ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

- per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale
- una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale illimitato
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale illimitato

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 36 euro a visita

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una.

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per visita € 36,00

Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche €130,00 (€ 65,00 l'una)

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 58,00 a carico dell'Assicurato.

C. FISIOTERAPIA

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

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



C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)

- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

Non rientrano nella definizione, 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)

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
In tal caso:
 - oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 20 euro ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 148,00 (€ 240,00 - 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di € 25,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, 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 a fini estetici)

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)

- tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - **Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 20 euro ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 148,00 di cui 108,00 (€ 240,00 – 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 168,00 (€ 240,00 – 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, 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 a fini estetici)

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 25 euro ad accesso

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e fino 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 143,00 (€ 240,00 - 30% - 25€) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e €97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile €25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di €25,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, le spese sostenute dall'Assicurato che effettui le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata saranno rimborsate alle stesse condizioni previste dalla diretta. L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo, disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.

Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.



D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- cure odontoiatriche (parodontologia) – ad es. levigature – e diagnostica dentale – ad es. ortopantomica, rx endorale). Non sono comprese l'ortodonzia (ad. es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);
- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia);
- protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio: corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

È necessario allegare documentazione radiografica da cui si evinca che l'elemento è stato devitalizzato in corso di validità della polizza, mentre l'Assicurato era in copertura e comunque non oltre il limite di 12 mesi.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: massimale 2.500,00 euro anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 2.500,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con "Visita odontoiatrica e ablazione tartaro"

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 – 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e trattamento di ablazione del tartaro (1 volta l'anno, in una unica seduta, per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e trattamenti di ablazione tartaro anche non propedeutici alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

Nel caso di utilizzo dell'Assistenza diretta, le strutture del Network erogano nella stessa seduta sia la visita odontoiatrica che l'ablazione tartaro, in coerenza con quanto previsto dalla presente garanzia.

Nel caso di accesso presso una struttura non convenzionata, l'Assicurato dovrà richiedere alla struttura l'esecuzione delle due prestazioni (visita odontoiatrica e ablazione tartaro) nella stessa seduta; nel caso la fattura riporti solo una delle due prestazioni (ad esempio la sola ablazione tartaro), la Compagnia rimborserà comunque la fattura, alle condizioni riportate nella presente garanzia, fermo rimanendo che l'Assicurato non potrà eseguire l'altra prestazione nel corso della stessa annualità.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: massimale illimitato

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo 45,00 euro anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- Visita pedodontica e/o ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo 45,00 euro anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo 40,00 euro anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 40,00 per singolo dente

Indennizzo € 40,00 per il 1° figlio ed € 40,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso

mandibolare

- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontiasi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.

Si specifica che la "disodontiasi" e "l'inclusione ossea" si riferiscono solo alla posizione dell'elemento e quindi alla tipologia di estrazione ma non sono patologie.

L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi o entro 18 mesi in caso di intervento di rigenerativa tardiva dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

In caso di comprovata e oggettiva impossibilità di eseguire l'intervento entro i termini sopra indicati, Intesa Sanpaolo Protezione potrà ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)

- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontiasi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra)

per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato
- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: 2.500,00 euro per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempio

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 2.500,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo Protezione garantisce l'erogazione delle prestazioni sotto elencate.

Esami del sangue:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES.

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti
Elettrocardiogramma di base

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta** ogni due anni per nucleo familiare.

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 80,00 euro a pacchetto

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2. MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE TIROIDEE

Intesa Sanpaolo Protezione eroga una volta ogni due anni per nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate:

- TSH
- FT3
- FT4
- visita endocrinologica

Le prestazioni possono essere effettuate in due tempi (es. prima gli esami e poi la visita endocrinologica) purchè:

- entro il limite temporale di validità voucher se utilizzato il regime di assistenza diretta
- senza limite temporale ma entro l'annualità assicurativa se utilizzato il regime rimborsuale.

Trascorsi due anni l'Assicurato potrà effettuare nuovamente le prestazioni tenendo presente che i due anni saranno così calcolati:

- per le prestazioni effettuate in forma diretta a decorrere dalla data di rilascio del voucher
- per le prestazioni effettuate in regime rimborsuale dalla data della fattura relativa della prima prestazione

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 50,00 euro a pacchetto

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%

- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.3. PREVENZIONE SOVRACCARICO FUNZIONALE

Intesa Sanpaolo Protezione prevede la possibilità di effettuare una visita fisiatrica o ortopedica una volta ogni due anni per nucleo familiare.

E.1.3.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 50,00 euro a pacchetto

E.1.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.4 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato compila il questionario accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo Protezione analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo Protezione (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo Protezione provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle

seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.1.4.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 25,00 euro a pacchetto, elevato a 50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.4.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), **con eccezione della "Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)"**, prevista per Donne oltre i 30 anni, che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026.

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B)

Donne – oltre i 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A)

Donne – tra 21 e 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Donne – oltre i 30 anni

Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)

Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)

Donne – tra 40 e 49 anni

- Visita senologica
- Mammografia

Donne – oltre i 50 anni

Mammografia

Donne – senza limiti di età

Ecografia transvaginale

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro**

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

Esempio:

Una donna di 31 anni nel 2024 può richiedere o il pacchetto A o il pacchetto B (Visita ginecologica + TEST HPV PAPILLOMA VIRUS) e decidere di aggiungere anche il pacchetto C.

Nel 2026 potrà usufruire solamente del pacchetto A e aggiungere eventualmente il pacchetto C.

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, **un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni** (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 36,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna**

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni)

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo

Uomo – senza limite di età

- visita urologica
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale)

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro**

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate **1 volta ogni 2 anni** (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2023 potrà effettuarlo nel 2025):

- PSA FREE
- 2 PRO PSA

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo**

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

La garanzia opera esclusivamente per il lavoratore caponucleo iscritto a Metasalute.

Non opera né per i familiari a carico né per quelli non a carico.

Per avere accesso alle prestazioni si richiede la seguente certificazione:

- in caso di invalidità non più rivedibile, l'ultimo verbale rilasciato dall'INPS o dall'INAIL
- in caso di invalidità rivedibile, l'ultimo verbale disponibile rilasciato dall'INPS o dall'INAIL unitamente ad un'autocertificazione dell'Assicurato che attesti di non essere ancora stato sottoposto a nuova revisione. Trattandosi di garanzia per la quale viene erogato un importo una tantum, il grado di invalidità che determina l'ammontare dell'indennità è quello risultante dal verbale presentato al momento della richiesta. A ciò consegue che l'Assicurato non potrà richiedere eventuali modifiche dell'importo dell'indennità a seguito di un eventuale successivo aumento della percentuale di invalidità.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) ed è utilizzabile esclusivamente per ottenere il rimborso delle spese sostenute: l'Assicurato potrà presentare una sola richiesta di rimborso nel corso del triennio, cumulativa di tutte le spese sostenute per le prestazioni eseguite, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero.

La domanda di rimborso può pertanto contenere più fatture purchè relative a prestazioni eseguite e fatturate nel corso della vigenza contrattuale e inviate in un'unica soluzione.

Nel caso in cui la domanda di rimborso abbia ad oggetto spese riferibili a più prestazioni, la data del sinistro sarà quella di esecuzione dell'ultima prestazione.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, viene messo a disposizione una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

- Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento...)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. **dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo**
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 7.000,00 euro

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. **dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo**
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 10.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 15.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

- a. di grado compreso tra l'80% e il 90%
- b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, viene messo a disposizione una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 8.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale 10.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il **ricovero/l'intervento**

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

Si precisa che per gli interventi di cataratta per gli Assicurati under 60 la Compagnia richiede l'esito dell'esame fatto con la lampada a fessura.

Indipendentemente dall'età dell'Assicurato, la Compagnia indennizza il costo della sola lente neutra; la differenza di costo con eventuale lente graduata resta a carico dell'Assicurato.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo 1.500,00 euro per evento
- Regime rimborsuale (anche nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati)/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo 1.500 euro per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 35%

Regime rimborsuale: scoperto 35%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.500,00 per evento

Costo dell'intervento € 1.300,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 1.300,00 di cui € 845,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 455,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.500,00 per evento

Richiesta di rimborso per intervento € 1.300,00

Scoperto 35%

Indennizzo € 845,00

Restano a carico dell'Assicurato € 455,00

G.2 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - TUTTE LE TECNICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) senza franchigie o scoperti per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

Sono esclusi gli esami propedeutici e successivi al trattamento di Procreazione medicalmente assistita.

Le prestazioni saranno liquidate sempreché la fattura sia intestata al soggetto beneficiario della prestazione, che dovrà essere necessariamente assicurato ai sensi del presente contratto. Pertanto, qualora sia assicurato o solo l'uomo o solo la donna, le prestazioni indicate in fattura dovranno riferirsi al soggetto beneficiario della prestazione e non saranno indennizzabili prestazioni riferite a soggetti non assicurati o di sesso diverso rispetto a quello del soggetto destinatario della prestazione eseguita.

G.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di 700,00 euro anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di 500,00 euro anno/nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti.

G.3 TRISOMIA 21 - SINDROME DI DOWN (FIGLI DEL TITOLARE CAPONUCLEO)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato in copertura, la garanzia prevede una indennità di 1.000,00 euro per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

G.4 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.4.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: 350,00 euro anno/nucleo familiare

- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro anno/nucleo familiare.

G.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- **Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

G.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese **senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita.**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.5 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per logopedia, a seguito di malattia, effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.5.1 MASSIMALE

Massimale: 100,00 euro anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- **Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale**

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, **fino a massimo 20,00 euro a seduta.**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto
Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione
Regime rimborsuale
Massimale € 100,00
Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00
Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta
Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

G.6 PRESTAZIONI PER OBESITÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE PER DISTURBI ALIMENTARI (ANORESSIA E/O BULIMIA)

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per una serie di prestazioni legate all'obesità infantile e adolescenziale:

G.6.1 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata

G.6.1.1 MASSIMALE

Massimale: 10.000,00 euro anno/figli.

G.6.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita e di massimo 36,00 euro per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:
Regime di assistenza diretta
Massimale € 10.000,00
Costo visita specialistica €150,00
Nessuno scoperto
Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione
Regime rimborsuale
Massimale € 10.000,00
Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00
Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita
Indennizzo € 36,00

G.6.2 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.6.2.1 MASSIMALE

Massimale: 5.000,00 euro anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.6.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo Protezione liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per fattura.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.6.3 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica

- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- visita psichiatrica (2 visite all'anno)
- visita psicologo (2 visite all'anno)

G.6.3.1 MASSIMALE

Massimale: 10.000,00 euro anno/figli.

G.6.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita e di massimo 36,00 euro per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica € 150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile € 36,00 per visita

Indennizzo € 36,00

G.6.4 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese per:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)

- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.6.4.1 MASSIMALE

Massimale: 5.000,00 euro anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.6.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo Protezione liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile € 36,00 per fattura

Indennizzo € 36,00

G.7 PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per acquistare o noleggiare protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori e per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ecc.).

G.7.1 MASSIMALE

Massimale: 550,00 euro anno/nucleo familiare

G.7.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

G.7.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio.

Esempi:
Regime rimborsuale
Massimale € 550,00
Richiesta di rimborso € 164,57
Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 100,00 a protesi
Indennizzo € 100,00

G.8 CURE TERMALI

Intesa Sanpaolo Protezione paga senza franchigie o scoperti le spese per:

Cure inalatorie (1 volta all'anno):

- inalazione
- aerosol orale o nasale
- aerosol ionico o sonico
- irrigazione nasale
- doccia nasale micronizzata
- nebulizzazione

Cure otorinolaringoiatriche (1 volta all'anno):

- insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

G.8.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: illimitato

Regime rimborsuale:

- per cure inalatorie: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese fino a 35 euro per ciclo
- per cure otorinolaringoiatriche: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese fino a 45 euro per ciclo

G.8.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.8.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese alle strutture convenzionate con uno scoperto del 50% del costo del ciclo

Regime rimborsuale:

- per cure inalatorie: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese fino a 35 euro per ciclo
- per cure otorinolaringoiatriche: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese fino a 45 euro per ciclo

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

Esempi:

Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione per un ciclo di cure inalatorie € 50,00

Scoperto del 50%

Prestazione autorizzata € 50,00 di cui € 25,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 25,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Richiesta di rimborso per cure inalatorie € 50,00

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 35,00 per ciclo

Indennizzo € 35,00

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO USUFRUITO DI ALCUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo (sia in forma diretta che a rimborso) per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo Protezione corrisponde un indennizzo annuo ai figli disabili dei Titolari caponucleo, inseriti in copertura, con invalidità riconosciuta superiore al 45%²².

L'indennizzo è determinato in via forfettaria e rappresenta un contributo a fronte delle spese sostenute per l'assistenza del disabile. L'indennizzo viene corrisposto a fronte della presentazione di copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%. Per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva.

L'importo dell'indennizzo è di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato 1.000,00 euro in caso di Nucleo familiare monoparentale o monoreddito.

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

²² Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO MS3

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa. La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO (ESTESE A TUTTI GLI INTERVENTI CHIRURGICI, CON ECCEZIONE DI QUELLI PREVISTI DAI § D E G) ANCHE IN DAY HOSPITAL, DAY SURGERY O IN REGIME AMBULATORIALE

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico
- diaria da gesso

B) PRESTAZIONI EXTRARICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e ablazione tartaro
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base

- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni
- obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)
- protesi/ausili medici ortopedici e acustici
- cure termali

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari a carico comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale



A.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DH, DS O IN REGIME AMBULATORIALE (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di

ricovero, purchè erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria

Dopo il ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche
- prestazioni infermieristiche
- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)

effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi anche i medicinali prescritti all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura e strettamente correlati all'intervento eseguito.

Si precisa che le prestazioni post ricovero collegate ad un intervento avvenuto nel 2023 che dovranno essere eseguite nel 2024, potranno essere erogate esclusivamente in forma rimborsuale alle condizioni previste per l'evento principale (ricovero).

Tali prestazioni post ricovero possono essere effettuate presso una struttura convenzionata con il Network oppure non convenzionata. Verranno applicate le condizioni (massimali ed eventuali scoperti e franchigie) del regime prescelto per l'evento principale (ricovero).

Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo.

Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2024-2026) pari a 4.000,00 euro per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta.

Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione e a scopo profilattico.

Intervento laser correzione difetti visivi

La Compagnia indennizza le spese sostenute dall'Assicurato per interventi laser per la correzione di difetti visivi pari o superiori a 7 diottrie per ciascuno dei due occhi.

Retta di degenza dell'Accompagnatore



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, documentate con fatture, notule, ricevute, ecc. Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)

Trasporto sanitario



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato sostenga un intervento chirurgico ordinario in assistenza diretta (massimale 18.000,00 euro) e riceva un indennizzo di 16.000,00 euro, potrà ottenere fino a 2.000,00 euro di ulteriore indennizzo, anche in regime rimborsuale, per spese connesse al medesimo intervento).

- Assistenza Diretta: illimitato per tutti gli interventi chirurgici (con eccezione di quelli previsti dai § D e G). La somma massima erogabile una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) per intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza è pari a € 4.000,00 ad evento a mammella.

- Regime rimborsuale (anche nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati)/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:

- 18.000,00 euro Interventi Chirurgici ordinari
- 22.500,00 euro Interventi Chirurgici complessi
- 45.000,00 euro Trapianti
- **Interventi non compresi nell'allegato:** 8.000,00 euro per intervento.

In caso di intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza, il sub massimale una tantum (una volta sola nel triennio 2023-2026) è di € 4.000,00 ad evento a mammella.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati

Si precisa che la richiesta di autorizzazione di un ricovero in forma diretta viene concessa solo quando risultino convenzionati sia la struttura sanitaria, sia la prestazione richiesta e sia il medico che la deve eseguire. In tutti gli altri casi l'autorizzazione non sarà concessa e l'Assicurato, una volta sostenute le spese del ricovero, potrà chiederne il rimborso, sempre che sussistano tutti i presupposti previsti dal presente contratto: in tali casi saranno applicate le condizioni del regime rimborsuale a tutte le spese sostenute, anche a quelle riferibili ad una struttura convenzionata o a un medico convenzionato.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre se compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso

la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;

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

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 35% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Regime rimborsuale:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 35% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- rimborso dei ticket sanitari senza applicazione di scoperti/franchigie

Esempi prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 35% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 9.293,70 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 5.004,30 a carico dell'Assicurato)

Regime rimborsuale

Massimale € 8.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 35% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Indennizzo € 8.000,00 pari all'importo massimo indennizzabile per intervento

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (esteso a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo Protezione paga un'indennità di 100,00 euro per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

Qualora l'Assicurato abbia richiesto l'indennizzo (sia in forma di assistenza diretta che attraverso il regime rimborsuale) di prestazioni prima, durante e dopo il ricovero di cui alla lettera A.1. non avrà diritto a ottenere l'indennità sostitutiva.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

A.3 DIARIA DA GESSO

In caso di applicazione di gessatura o tutore immobilizzante sostitutivo della stessa e con le medesime finalità terapeutiche, Intesa Sanpaolo Protezione paga una diaria da gesso:

- di 25,00 euro al giorno per ogni giorno di applicazione
- per massimo 60 giorni per anno assicurativo.

L'applicazione e la rimozione di gessatura o tutore immobilizzante devono essere effettuate da personale medico, che ne certifica l'avvenuta esecuzione.

B. PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Si precisa che le prestazioni previste dalla presente garanzia alle lettere B.1, B.2 e B.4 sono **indennizzabili nell'ambito di un massimale di 5 prestazioni annue per nucleo familiare** (massimale che non si applica nel caso di presenza di figli disabili nel nucleo familiare). Il conteggio viene effettuato con riferimento ad ogni singola prestazione, anche nel caso in cui fossero eseguite più prestazioni assieme, riferibili alla medesima prescrizione medica. Pertanto, l'Assicurato dovrà manifestare la propria volontà rispetto alla prestazione che intende richiedere a rimborso, selezionando correttamente l'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/APP oppure inserendole nel modulo cartaceo.

Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).

In presenza di una fattura contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- nel caso in cui la fattura riporti il costo di ogni singola prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui vuole ottenere il rimborso, avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/APP oppure inserendole nel modulo cartaceo. In caso contrario, Intesa Sanpaolo Protezione rimborserà la sola prestazione richiesta e la fattura non potrà più essere utilizzata per chiedere il rimborso delle altre prestazioni;
- nel caso in cui la fattura non riporti il costo di ogni singola prestazione, Intesa Sanpaolo Protezione rimborserà la sola prestazione della tipologia valorizzata dall'Assicurato nell'inoltare la richiesta e la fattura non potrà più essere utilizzata per chiedere il rimborso di altre prestazioni.

Esempi:

Fattura unica di 110 € per Visita e Accertamento Diagnostico eseguiti lo stesso giorno e riferibili alla medesima prescrizione medica

I POTESI 1: nella fattura viene indicato il costo di 70 € riferibile alla Visita e di 40 € riferibile all'Accertamento

CASO A: l'Assicurato chiede il rimborso della sola Visita. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € (sub-massimale per singola Visita), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'Accertamento.

CASO B: L'Assicurato chiede il rimborso del solo Accertamento. L'Assicurato ottiene il rimborso di 30 € (sub-massimale per singolo Accertamento), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso della Visita.

CASO C: L'Assicurato, inserita la richiesta di rimborso della Visita, prosegue e inserisce contestualmente la richiesta di rimborso anche dell'Accertamento, in quanto riferito alla medesima prescrizione medica. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € per la Visita e di 30 € per l'Accertamento e vengono conteggiate 2 prestazioni indennizzate.

IPOTESI 2: nella fattura viene indicato il costo di 110 € riferibile alle prestazioni Visita e Accertamento, senza alcun dettaglio relativo al costo di ciascuna delle prestazioni

In questo caso l'Assicurato potrà utilizzare la fattura per chiedere il rimborso di una sola prestazione e otterrà 50 € (submassimale per singola Visita) oppure 30 € (submassimale per Accertamento) a seconda di quale sia la tipologia di prestazione valorizzata in sede di richiesta di rimborso (Visita oppure Accertamento). Viene quindi conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'altra prestazione eseguita.

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- Alta diagnostica radiologica (compresi esami stratigrafici e contrastografici, anche digitale")
 - Angiografia
 - Artrografia
 - Broncografia
 - Cistografia
 - Cistouretrografia
 - Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
 - Colangiografia percutanea (PTC)
 - Colangiografia trans Kehr
 - Colecistografia
 - Dacriocistografia/Dacriocistotac
 - Defecografia
 - Fistelografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia
 - Galattografia
 - Isterosalpingografia
 - Mielografia
 - Retinografia
 - Scialografia
 - Splenoportografia
 - Urografia
 - Vesciculodeferentografia
 - Videoangiografia
 - Wirsunggrafia
- Accertamenti
 - Accertamenti endoscopici
 - Doppler
 - Ecocardiografia
 - Elettroencefalogramma
 - Elettromiografia
 - PET
 - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)



- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- Alta specializzazione aggiuntiva
 - Amniocentesi o villocentesi
 - Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ulteriori prestazioni:
 - Cisternografia

Si precisa che sono comprese in garanzia:

- la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica)
- la colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)

anche se eseguite in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo Protezione i soli costi dell'accertamento.

Si precisa che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assicurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico. Qualora l'accertamento in fase di esecuzione richieda altre prestazioni non preventivamente autorizzabili o si tramuti in intervento chirurgico ambulatoriale (es. colonscopia con polipectomia), verrà comunque mantenuta l'autorizzazione della parte diagnostica inviata e si procederà alla rettifica per le prestazioni autorizzabili con ricalcolo dello scoperto a carico dell'Assicurato.

Le biopsie effettuate durante l'accertamento si considerano comprese nell'accertamento stesso.

B.1.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili²³ nel nucleo familiare.

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 40%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 70,00 euro per accertamento

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie **convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.**

²³ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale 5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Costo della Angiografia € 125,00

Scoperto 40%

Prestazione autorizzata € 125,00, € 75,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale 5 prestazioni a nucleo familiare

Richiesta di rimborso per Angiografia € 125,00

Limite massimo indennizzabile € 70,00

Rimborso € 70,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 55,00 a carico dell'Assicurato.

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- solo una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.
- infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio

B.2.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili²⁴ nel nucleo familiare

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: franchigia 45,00 euro

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 50 euro a visita

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare Costo della visita ortopedica euro 65,00

Franchigia euro 45,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 20,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 45,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

²⁴ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €50,00
Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00
Nessuno scoperto/franchigia
Rimborso € 50,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 15,00 a carico dell'Assicurato

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ALTA SPECIALIZZAZIONE E VISITE SPECIALISTICHE

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa i ticket sanitari per accertamenti diagnostici, alta specializzazione e visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, **esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.**

Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).

In presenza di un documento di spesa contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- se tutte le prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e risulta riportato il costo di ciascuna o comunque risulta chiaramente indicato che tutte quante sono state erogate in regime pubblico, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando sempre la garanzia "Ticket" avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo
- se alcune prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e altre a pagamento e risulta riportato il costo di ciascuna prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando la garanzia cui le stesse si riferiscono (es. Ticket per quelle eseguite in regime pubblico, Alta Specializzazione o Visite specialistiche per quelle eseguite a pagamento) avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo
- se nel documento di spesa non è riportato il costo di ciascuna prestazione e l'Assicurato avanza una domanda di rimborso, la Compagnia rimborserà una sola prestazione alle condizioni previste dalla garanzia valorizzata: nel caso in cui l'Assicurato abbia valorizzato la garanzia Ticket, riceverà un importo pari a quello previsto per il ticket dalla legge in vigore. Il documento di spesa non potrà essere più utilizzato per chiedere il rimborso delle altre prestazioni.

Esempio:

Fattura complessiva di €186,15 da cui non si evince lo scorporo degli importi delle prestazioni effettuate in regime di solvenza (a pagamento) o in regime pubblico

Indennizzo: la Compagnia indennizzerà l'importo di € 36,15 in ticket.

L'importo residuo pari a € 150 resta a carico dell'Assicurato

B.3.1 MASSIMALE

Massimale: 5.000,00 euro anno/nucleo

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

Si precisa che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assicurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico.

B.4.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili²⁵ nel nucleo familiare

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 40%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 30,00 euro a fattura

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 40%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 114,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 76,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura €30,00

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 30,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 160,00 a carico dell'Assicurato.

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo Protezione paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per

²⁵ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN

- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA Fetale
- amniocentesi o villocentesi:
 - per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione
 - per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale
- una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale illimitato
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale illimitato

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 36 euro a visita

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una.

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per visita € 36,00

Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche €130,00 (€ 65,00 l'una)

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 58,00 a carico dell'Assicurato.

C. FISIOTERAPIA

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

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



C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-

scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

Non rientrano nella definizione, 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)

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 20 euro ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 148,00 (€ 240,00 - 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di € 25,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, 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 a fini estetici)

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.

- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 20 euro ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 148,00 di cui 108,00 (€ 240,00 – 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 168,00 (€ 240,00 – 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, 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 a fini estetici)

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 25 euro ad accesso

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e fino 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 143,00 (€ 240,00 - 30% - 25€) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile €25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di €25,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione **esclusivamente attraverso l'area riservata**.

Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel



caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, le spese sostenute dall'Assicurato che effettui le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata saranno rimborsate alle stesse condizioni previste dalla diretta. **L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo, disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella**

della prestazione.

Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.

D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- cure odontoiatriche (paradontologia) – ad es. levigature – e diagnostica dentale – ad es. ortopantomica, rx endorale). **Non sono comprese l'ortodonzia (ad. es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);**
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);
- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia);
- protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio: corone provvisorie e definitive). **Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.**

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

È necessario allegare documentazione radiografica da cui si evinca che l'elemento è stato devitalizzato in corso di validità della polizza, mentre l'Assicurato era in copertura e comunque non oltre il limite di 12 mesi.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: massimale 3.000,00 euro anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.000,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con "Visita odontoiatrica e ablazione tartaro"

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 - 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e trattamento di ablazione del tartaro (1 volta l'anno, in una unica seduta, per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e trattamenti di ablazione tartaro anche non propedeutici alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

Nel caso di utilizzo dell'Assistenza diretta, le strutture del Network erogano nella stessa seduta sia la visita odontoiatrica che l'ablazione del tartaro, in coerenza con quanto previsto dalla presente garanzia.

Nel caso di accesso presso una struttura non convenzionata, l'Assicurato dovrà richiedere alla struttura l'esecuzione delle due prestazioni (visita odontoiatrica e ablazione del tartaro) nella stessa seduta; nel caso la fattura riporti solo una delle due prestazioni (ad esempio la sola ablazione tartaro), la Compagnia rimborserà comunque la fattura, alle condizioni riportate nella presente garanzia, fermo rimanendo che l'Assicurato non potrà eseguire l'altra prestazione nel corso della stessa annualità.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: massimale illimitato

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo 45,00 euro anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- Visita pedodontica e/o ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo 45,00 euro anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo 40,00 euro anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 40,00 per singolo dente

Indennizzo € 40,00 per il 1° figlio ed € 40,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontiasi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.

Si specifica che la "disodontiasi" e "l'inclusione ossea" si riferiscono solo alla posizione dell'elemento e quindi alla tipologia di estrazione ma non sono patologie.

L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi o entro 18 mesi in caso di intervento di rigenerativa tardiva dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

In caso di comprovata e oggettiva impossibilità di eseguire l'intervento entro i termini sopra indicati, Intesa Sanpaolo Protezione potrà ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari

- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontiasi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra)

per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato
- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: 3.000,00 euro per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempio

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.000,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo Protezione garantisce l'erogazione delle prestazioni sotto elencate.

Esami del sangue:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES.

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti

Elettrocardiogramma di base

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta** ogni due anni per nucleo familiare.

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro a pacchetto**

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2. MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE TIROIDEE

Intesa Sanpaolo Protezione eroga una volta ogni due anni per nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate:

- TSH
- FT3
- FT4
- visita endocrinologica

Le prestazioni possono essere effettuate in due tempi (es. prima gli esami e poi la visita endocrinologica) purchè:

- entro il limite temporale di validità voucher se utilizzato il regime di assistenza diretta
- senza limite temporale ma **entro l'annualità assicurativa se utilizzato il regime rimborsuale.**

Trascorsi due anni l'Assicurato potrà effettuare nuovamente le prestazioni tenendo presente che i due anni saranno così calcolati:

- per le prestazioni effettuate in forma diretta a decorrere dalla data di rilascio del voucher
- per le prestazioni effettuate in regime rimborsuale dalla data della fattura relativa della prima prestazione

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro a pacchetto**

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.3. PREVENZIONE SOVRACCARICO FUNZIONALE

Intesa Sanpaolo Protezione prevede la possibilità di effettuare una visita fisiatrica o ortopedica una volta ogni due anni per nucleo familiare.

E.1.3.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 50,00 euro a pacchetto

E.1.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.4 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato compila il questionario accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo Protezione analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo Protezione (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo Protezione provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle

seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.1.4.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 25,00 euro a pacchetto, elevato a 50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.4.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), **con eccezione della "Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)"**, prevista per Donne oltre i 30 anni, che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026.

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B)

Donne – oltre i 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A)

Donne – tra 21 e 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Donne – oltre i 30 anni

Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)

Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)

Donne – tra 40 e 49 anni

- Visita senologica
- Mammografia

Donne – oltre i 50 anni

Mammografia

Donne – senza limiti di età

Ecografia transvaginale

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro**

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: **scoperto 20%**
- Regime rimborsuale: **scoperto 20%**

Esempio:

Una donna di 31 anni nel 2024 può richiedere o il pacchetto A o il pacchetto B (Visita ginecologica + TEST HPV PAPILOMA VIRUS) e decidere di aggiungere anche il pacchetto C.

Nel 2026 potrà usufruire solamente del pacchetto A e aggiungere eventualmente il pacchetto C.

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, **un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni** (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 36,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna**

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: **scoperto 20%**
- Regime rimborsuale: **scoperto 20%**

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni)

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo

Uomo – senza limite di età

- visita urologica
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale)

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 80,00 euro

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2023 potrà effettuarlo nel 2025):

- PSA FREE
- 2 PRO PSA

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 50,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

La garanzia opera esclusivamente per il lavoratore caponucleo iscritto a Metasalute.

Non opera né per i familiari a carico né per quelli non a carico.

Per avere accesso alle prestazioni si richiede la seguente certificazione:

- in caso di invalidità non più rivedibile, l'ultimo verbale rilasciato dall'INPS o dall'INAIL
- in caso di invalidità rivedibile, l'ultimo verbale disponibile rilasciato dall'INPS o dall'INAIL unitamente ad un'autocertificazione dell'Assicurato che attesti di non essere ancora stato sottoposto a nuova revisione. Trattandosi di garanzia per la quale viene erogato un importo una tantum, il grado di invalidità che determina l'ammontare dell'indennità è quello risultante dal verbale presentato al momento della richiesta. A ciò consegue che l'Assicurato non potrà richiedere eventuali modifiche dell'importo dell'indennità a seguito di un eventuale successivo aumento della percentuale di invalidità.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) ed è utilizzabile esclusivamente per ottenere il rimborso delle spese sostenute: l'Assicurato potrà presentare una sola richiesta di rimborso nel corso del triennio, cumulativa di tutte le spese sostenute per le prestazioni eseguite, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero.

La domanda di rimborso può pertanto contenere più fatture purchè relative a prestazioni eseguite e fatturate nel corso della vigenza contrattuale e inviate in un'unica soluzione.

Nel caso in cui la domanda di rimborso abbia ad oggetto spese riferibili a più prestazioni, la data del sinistro sarà quella di esecuzione dell'ultima prestazione.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, viene messo a disposizione una tantum (cioè una volta sola nel triennio 2024-2026), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

- Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento...)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. **dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo**
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 7.000,00 euro

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. **dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo**
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 10.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 15.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

- a. di grado compreso tra l'80% e il 90%
- b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, viene messo a disposizione una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)

7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 8.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)

4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)

5. assistenza psicologica/psichiatrica

6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)

7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo

8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione

9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico

10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale 10.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale

- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

Si precisa che per gli interventi di cataratta per gli Assicurati under 60 la Compagnia richiede l'esito dell'esame fatto con la lampada a fessura.

Indipendentemente dall'età dell'Assicurato, la Compagnia indennizza il costo della sola lente neutra; la differenza di costo con eventuale lente graduata resta a carico dell'Assicurato.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo 1.500,00 euro per evento
- Regime rimborsuale (anche nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati)/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo 1.500 euro per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 35%

Regime rimborsuale: scoperto 35%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.500,00 per evento

Costo dell'intervento € 1.300,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 1.300,00 di cui € 845,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 455,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.500,00 per evento
Richiesta di rimborso per intervento € 1.300,00
Scoperto 35%
Indennizzo € 845,00
Restano a carico dell'Assicurato € 455,00

G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESSE LE MONTATURE) O A CONTATTO



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista.

G.2.1 MASSIMALE

80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2024-2026) a nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

Esempi:
Regime di assistenza diretta
Massimale € 80,00
Costo delle lenti progressive € 400,00
Nessuno scoperto
Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 80,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 320,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale.
Regime rimborsuale
Massimale € 80,00
Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00
Nessuno scoperto
Indennizzo € 80,00
Restano a carico dell'Assicurato € 320,00 per superamento massimale

G.3 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - tutte le tecniche

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) senza franchigie o scoperti per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

Sono esclusi gli esami propedeutici e successivi al trattamento di Procreazione medicalmente assistita.

Le prestazioni saranno liquidate sempreché la fattura sia intestata al soggetto beneficiario della prestazione, che dovrà essere necessariamente assicurato ai sensi del presente contratto. Pertanto, qualora sia assicurato o solo l'uomo o solo la donna, le prestazioni indicate in fattura dovranno riferirsi al soggetto beneficiario della prestazione e non saranno indennizzabili prestazioni riferite a soggetti non assicurati o di sesso diverso rispetto a quello del soggetto destinatario della prestazione eseguita.

G.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di 700,00 euro anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di 500,00 euro anno/nucleo familiare

G.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

G.4 TRISOMIA 21 - SINDROME DI DOWN (FIGLI DEL TITOLARE CAPONUCLEO)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato in copertura, la garanzia prevede una indennità di 1.000,00 euro per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

G.5 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.5.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: 350,00 euro anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:
Regime di assistenza diretta
Massimale € 350,00
Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto
Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione
Regime rimborsuale
Massimale € 250,00
Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00
Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita
Indennizzo € 36,00

G.6 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per logopedia a seguito di malattia effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.6.1 MASSIMALE

Massimale: 100,00 euro anno/nucleo familiare.

G.6.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di assistenza diretta
Massimale € 100,00
Costo 2 sedute di logopedia €100,00
Nessuno scoperto
Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione
Regime rimborsuale
Massimale € 100,00
Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00
Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta
Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

G.7 PRESTAZIONI PER OBESITÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE PER DISTURBI ALIMENTARI (ANORESSIA E/O BULIMIA)

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per una serie di prestazioni legate all'obesità infantile e adolescenziale:

G.7.1 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata

G.7.1.1 MASSIMALE

Massimale: 10.000,00 euro anno/figli.

G.7.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita e di massimo 36,00 euro per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.2 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.2.1 MASSIMALE

Massimale: 5.000,00 euro anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura

G.7.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo Protezione liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.7.3 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- visita psichiatrica (2 visite all'anno)
- visita psicologo (2 visite all'anno).

G.7.3.1 MASSIMALE

Massimale: 10.000,00 euro anno/figli.

G.7.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita e di massimo 36,00 euro per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.4 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese per:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.4.1 MASSIMALE

Massimale: 5.000,00 euro anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo Protezione liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.8 PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per acquistare o noleggiare protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori e per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ecc.).

G.8.1 MASSIMALE

Massimale: 750,00 euro anno/nucleo familiare

G.8.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

G.8.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio.

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 750,00

Richiesta di rimborso € 164,57

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 100,00 a protesi

Indennizzo € 100,00

G.9 CURE TERMALI

Intesa Sanpaolo Protezione paga senza franchigie o scoperti le spese per:

Cure inalatorie (1 volta all'anno):

- inalazione
- aerosol orale o nasale
- aerosol ionico o sonico
- irrigazione nasale
- doccia nasale micronizzata
- nebulizzazione

Cure otorinolaringoiatriche (1 volta all'anno):

- insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

G.9.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: illimitato

Regime rimborsuale:

- per cure inalatorie: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese fino a 35 euro per ciclo
- per cure otorinolaringoiatriche: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese fino a 45 euro per ciclo

G.9.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.9.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese alle strutture convenzionate con uno scoperto del 50% del costo del ciclo

Regime rimborsuale:

- per cure inalatorie: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese fino a 35 euro per ciclo
- per cure otorinolaringoiatriche: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese fino a 45 euro per ciclo

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

Esempi:

Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione per un ciclo di cure inalatorie € 50,00

Scoperto del 50%

Prestazione autorizzata € 50,00 di cui € 25,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 25,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Richiesta di rimborso per cure inalatorie € 50,00

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 35,00 per ciclo

Indennizzo € 35,00

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO USUFRUITO DI ALCUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo (sia in forma diretta che a rimborso) per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo Protezione corrisponde un indennizzo annuo ai figli disabili dei Titolari caponucleo, inseriti in copertura, con invalidità riconosciuta superiore al 45%²⁶.

L'indennizzo è determinato in via forfettaria e rappresenta un contributo a fronte delle spese sostenute per l'assistenza del disabile. L'indennizzo viene corrisposto a fronte della presentazione di copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%. Per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva.

L'importo dell'indennizzo è di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito.

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

²⁶ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa. La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO (ESTESE A TUTTI GLI INTERVENTI CHIRURGICI, CON ECCEZIONE DI QUELLI PREVISTI DAI § D E G) ANCHE IN DAY HOSPITAL, DAY SURGERY O IN REGIME AMBULATORIALE

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico
- diaria da gesso

B) PRESTAZIONI EXTRARICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e ablazione tartaro
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base
- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni
- obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)
- protesi/ausili medici ortopedici e acustici
- cure termali

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari a carico comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale



A.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DH, DS O IN REGIME AMBULATORIALE (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria

Dopo il ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche

- prestazioni infermieristiche
- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)

effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Sono compresi anche i medicinali prescritti all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura e strettamente correlati all'intervento eseguito.

Si precisa che le prestazioni post ricovero collegate ad un intervento avvenuto nel 2023 che dovranno essere eseguite nel 2024, potranno essere erogate esclusivamente in forma rimborsuale alle condizioni previste per l'evento principale (ricovero).

Tali prestazioni post ricovero possono essere effettuate presso una struttura convenzionata con il Network oppure non convenzionata. Verranno applicate le condizioni (massimali ed eventuali scoperti e franchigie) del regime prescelto per l'evento principale (ricovero).

Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo.

Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2024-2026) pari a 4.000,00 euro per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta.

Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione e a scopo profilattico.

Intervento laser correzione difetti visivi

La Compagnia indennizza le spese sostenute dall'Assicurato per interventi laser per la correzione di difetti visivi pari o superiori a 7 diottrie per ciascuno dei due occhi.

Retta **di degenza dell'Accompagnatore**



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, documentate con fatture, notule, ricevute, ecc. Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)

Trasporto sanitario



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato sostenga un intervento chirurgico ordinario in assistenza diretta (massimale 18.000,00 euro) e riceva un indennizzo di 16.000,00 euro, potrà ottenere fino a 2.000,00 euro di ulteriore indennizzo, anche in regime rimborsuale, per spese connesse al medesimo intervento).

- Assistenza Diretta: illimitato per tutti gli interventi chirurgici (con eccezione di quelli previsti dai § D e G). La somma massima erogabile una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) per intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza è pari a € 4.000,00 ad evento a mammella.

- Regime rimborsuale (anche nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati)/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:

- 18.000,00 euro Interventi Chirurgici ordinari
- 22.500,00 euro Interventi Chirurgici complessi
- 45.000,00 euro Trapianti
- **Interventi non compresi nell'allegato:** 8.000,00 euro per intervento.

In caso di intervento ricostruttivo della mammella post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella effettuato in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza, il sub massimale una tantum (una volta sola nel triennio 2023-2026) è di € 4.000,00 ad evento a mammella.

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati

Si precisa che la richiesta di autorizzazione di un ricovero in forma diretta viene concessa solo quando risultino convenzionati sia la struttura sanitaria, sia la prestazione richiesta e sia il medico che la deve eseguire. In tutti gli altri casi l'autorizzazione non sarà concessa e l'Assicurato, una volta sostenute le spese del ricovero, potrà chiederne il rimborso, sempre che sussistano tutti i presupposti previsti dal presente contratto: in tali casi saranno applicate le condizioni del regime rimborsuale a tutte le spese sostenute, anche a quelle riferibili ad una struttura convenzionata o a un medico convenzionato.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre se compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;

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

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 35% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Regime rimborsuale:

- scoperto del 15% per gli interventi rientranti nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- scoperto del 35% per gli interventi che non rientrano nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- rimborso dei ticket sanitari senza applicazione di scoperti/franchigie

Esempi prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 35% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 9.293,70 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 5.004,30 a carico dell'Assicurato)

Regime rimborsuale

Massimale € 8.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di mastectomia per neoplasia € 14.298,00

Scoperto del 35% in quanto intervento non presente nell'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Indennizzo € 8.000,00 pari all'importo massimo indennizzabile per intervento

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (esteso a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo Protezione paga un'indennità di 100,00 euro per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

Qualora l'Assicurato abbia richiesto l'indennizzo (sia in forma di assistenza diretta che attraverso il regime rimborsuale) di prestazioni prima, durante e dopo il ricovero di cui alla lettera A.1. non avrà diritto a ottenere l'indennità sostitutiva.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

A.3 DIARIA DA GESSO

In caso di applicazione di gessatura o tutore immobilizzante sostitutivo della stessa e con le medesime finalità terapeutiche, Intesa Sanpaolo Protezione paga una diaria da gesso:

- di 25,00 euro al giorno per ogni giorno di applicazione
- per massimo 60 giorni per anno assicurativo.

L'applicazione e la rimozione di gessatura o tutore immobilizzante devono essere effettuate da personale medico, che ne certifica l'avvenuta esecuzione.

B. PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Si precisa che le prestazioni previste dalla presente garanzia alle lettere B.1, B.2 e B.4 sono indennizzabili nell'ambito di un massimale di 5 prestazioni annue per nucleo familiare (massimale che non si applica nel caso di presenza di figli disabili nel nucleo familiare). Il conteggio viene effettuato con riferimento ad ogni singola prestazione, anche nel caso in cui fossero eseguite più prestazioni assieme, riferibili alla medesima prescrizione medica.

Pertanto, l'Assicurato dovrà manifestare la propria volontà rispetto alla prestazione che intende richiedere a rimborso, selezionando correttamente l'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/APP oppure inserendole nel modulo cartaceo.

Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).

In presenza di una fattura contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- nel caso in cui la fattura riporti il costo di ogni singola prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui vuole ottenere il rimborso, avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/APP oppure inserendole nel modulo cartaceo. In caso contrario, Intesa Sanpaolo Protezione rimborserà la sola prestazione richiesta e la fattura non potrà più essere utilizzata per chiedere il rimborso delle altre prestazioni;
- nel caso in cui la fattura non riporti il costo di ogni singola prestazione, Intesa Sanpaolo Protezione rimborserà la sola prestazione della tipologia valorizzata dall'Assicurato nell'inoltare la richiesta e la fattura non potrà più essere utilizzata per chiedere il rimborso di altre prestazioni.

Esempi:

Fattura unica di 110 € per Visita e Accertamento Diagnostico eseguiti lo stesso giorno e riferibili alla medesima prescrizione medica

IPOTESI 1: nella fattura viene indicato il costo di 70 € riferibile alla Visita e di 40 € riferibile all'Accertamento

CASO A: l'Assicurato chiede il rimborso della sola Visita. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € (sub-massimale per singola Visita), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'Accertamento.

CASO B: l'Assicurato chiede il rimborso del solo Accertamento. L'Assicurato ottiene il rimborso di 30 € (sub-massimale per singolo Accertamento), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso della Visita.

CASO C: l'Assicurato, inserita la richiesta di rimborso della Visita, prosegue e inserisce contestualmente la richiesta di rimborso anche dell'Accertamento, in quanto riferito alla medesima prescrizione medica. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € per la Visita e di 30 € per l'Accertamento e vengono conteggiate 2 prestazioni indennizzate.

IPOSTESI 2: nella fattura viene indicato il costo di 110 € riferibile alle prestazioni Visita e Accertamento, senza alcun dettaglio relativo al costo di ciascuna delle prestazioni

In questo caso l'Assicurato potrà utilizzare la fattura per chiedere il rimborso di una sola prestazione e otterrà 50 € (submassimale per singola Visita) oppure 30 € (submassimale per Accertamento) a seconda di quale sia la tipologia di prestazione valorizzata in sede di richiesta di rimborso (Visita oppure Accertamento). Viene quindi conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'altra prestazione eseguita.

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- Alta diagnostica radiologica (compresi esami stratigrafici e contrastografici, anche digitale")
 - Angiografia
 - Artrografia
 - Broncografia
 - Cistografia
 - Cistouretrografia
 - Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
 - Colangiografia percutanea (PTC)
 - Colangiografia trans Kehr
 - Colecistografia
 - Dacriocistografia/Dacriocistotac
 - Defecografia
 - Fistelografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia
 - Galattografia
 - Isterosalpingografia
 - Mielografia
 - Retinografia
 - Scialografia
 - Splenoportografia
 - Urografia
 - Vesciculodeferentografia
 - Videoangiografia
 - Wirsunggrafia
- Accertamenti
 - Accertamenti endoscopici
 - Doppler
 - Ecocardiografia
 - Elettroencefalogramma
 - Elettromiografia
 - PET
 - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
 - Scintigrafia
 - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)



- Alta specializzazione aggiuntiva
 - Amniocentesi o villocentesi
 - Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ulteriori prestazioni:
 - Cisternografia

Si precisa che sono comprese in garanzia:

- la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica)
- la colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)

anche se eseguite in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo Protezione i soli costi dell'accertamento.

Si precisa che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assicurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico. Qualora l'accertamento in fase di esecuzione richieda altre prestazioni non preventivamente autorizzabili o si tramuti in intervento chirurgico ambulatoriale (es. colonscopia con polipectomia), verrà comunque mantenuta l'autorizzazione della parte diagnostica inviata e si procederà alla rettifica per le prestazioni autorizzabili con ricalcolo dello scoperto a carico dell'Assicurato.

Le biopsie effettuate durante l'accertamento si considerano comprese nell'accertamento stesso.

B.1.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili²⁷ nel nucleo familiare.

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 40%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 70,00 euro per accertamento

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie **convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.**

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale 5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

²⁷ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

Costo della Angiografia € 125,00
 Scoperto 40%
 Prestazione autorizzata € 125,00, € 75,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 50,00 a carico dell'Assicurato
 Regime rimborsuale
 Massimale 5 prestazioni a nucleo familiare
 Richiesta di rimborso per Angiografia € 125,00
 Limite massimo indennizzabile € 70,00
 Rimborso € 70,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 55,00 a carico dell'Assicurato.

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- solo una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.
- infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio

B.2.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili²⁸ nel nucleo familiare

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: franchigia 40,00 euro

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 50 euro a visita

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare Costo della visita ortopedica euro 65,00

Franchigia euro 40,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 25,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 40,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €50,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 50,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 15,00 a carico dell'Assicurato

²⁸ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ALTA SPECIALIZZAZIONE E VISITE SPECIALISTICHE

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa i ticket sanitari per accertamenti diagnostici, alta specializzazione e visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).

In presenza di un documento di spesa contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- se tutte le prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e risulta riportato il costo di ciascuna o comunque risulta chiaramente indicato che tutte quante sono state erogate in regime pubblico, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando sempre la garanzia "Ticket" avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo
- se alcune prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e altre a pagamento e risulta riportato il costo di ciascuna prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando la garanzia cui le stesse si riferiscono (es. Ticket per quelle eseguite in regime pubblico, Alta Specializzazione o Visite specialistiche per quelle eseguite a pagamento) avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo
- se nel documento di spesa non è riportato il costo di ciascuna prestazione e l'Assicurato avanza una domanda di rimborso, la Compagnia rimborserà una sola prestazione alle condizioni previste dalla garanzia valorizzata: nel caso in cui l'Assicurato abbia valorizzato la garanzia Ticket, riceverà un importo pari a quello previsto per il ticket dalla legge in vigore. Il documento di spesa non potrà essere più utilizzato per chiedere il rimborso delle altre prestazioni.

Esempio:

Fattura complessiva di €186,15 da cui non si evince lo scorporo degli importi delle prestazioni effettuate in regime di solvenza (a pagamento) o in regime pubblico

Indennizzo: la Compagnia indennizzerà l'importo di € 36,15 in ticket.

L'importo residuo pari a € 150 resta a carico dell'Assicurato

B.3.1 MASSIMALE

Massimale: 5.000,00 euro anno/nucleo

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

Si precisa che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assicurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico.

B.4.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili²⁹ nel nucleo familiare

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a 30,00 euro a fattura

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 133,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 57,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura €30,00

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 30,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 160,00 a carico dell'Assicurato.

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo Protezione paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per

²⁹ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN

- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA Fetale
- amniocentesi o villocentesi:
 - per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione
 - per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale
- una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo Protezione copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale illimitato
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale illimitato

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate dall'Assicurato fino a 36 euro a visita

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una.

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per visita € 36,00

Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche €130,00 (€ 65,00 l'una)

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 58,00 a carico dell'Assicurato.

C. FISIOTERAPIA

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

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



C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

Non rientrano nella definizione, 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)

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: **scoperto 30%**

Assistenza Diretta domiciliare: **scoperto 30% più franchigia di 20 euro ad accesso.**

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 148,00 (€ 240,00 - 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 - 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di € 25,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, 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 a fini estetici)

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: 500,00 euro per anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro per anno/nucleo familiare
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione

direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di 20 euro ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 148,00 di cui 108,00 (€ 240,00 – 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 168,00 (€ 240,00 – 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, 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 a fini estetici)

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: **scoperto 30%**

Assistenza Diretta domiciliare: **scoperto 30% più franchigia di 25 euro ad accesso**

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese applicando uno **scoperto del 30% e fino 25,00 euro per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **nessuno scoperto/franchigia**

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00
 Scoperto 30% più franchigia € 25,00 ad accesso
 Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 143,00 (€ 240,00 – 30% - 25€) a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e €97,00 a carico dell'Assicurato
 Regime rimborsuale
 Massimale € 250,00
 Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00
 Scoperto 30%, massimo indennizzabile €25,00 per prestazione
 Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di €25,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione **esclusivamente attraverso l'area riservata**.



Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, le spese sostenute dall'Assicurato che effettui le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata saranno rimborsate alle stesse condizioni previste dalla diretta. **L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo, disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.**

Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.

D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- cure odontoiatriche (paradontologia) – ad es. levigature – e diagnostica dentale – ad es. ortopantomica, rx endorale). **Non sono comprese l'ortodonzia (ad. es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);**
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);
- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia);
- protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio: corone provvisorie e definitive). **Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.**

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

È necessario allegare documentazione radiografica da cui si evinca che l'elemento è stato devitalizzato in corso di validità della polizza, mentre l'Assicurato era in copertura e comunque non oltre il limite di 12 mesi.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: **massimale 3.500,00 euro anno/nucleo familiare**

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro".**

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con "Visita odontoiatrica e igiene orale"

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 - 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e trattamento di ablazione del tartaro (1 volta l'anno, in una unica seduta, per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e trattamenti di ablazione tartaro anche non propedeutici alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

Nel caso di utilizzo dell'Assistenza diretta, le strutture del Network erogano nella stessa seduta sia la visita odontoiatrica che l'ablazione del tartaro, in coerenza con quanto previsto dalla presente garanzia.

Nel caso di accesso presso una struttura non convenzionata, l'Assicurato dovrà richiedere alla struttura l'esecuzione delle due prestazioni (visita odontoiatrica e ablazione del tartaro) nella stessa seduta; nel caso la fattura riporti solo una delle due prestazioni (ad esempio la sola ablazione tartaro), la Compagnia rimborserà comunque la fattura, alle condizioni riportate nella presente garanzia, fermo rimanendo che l'Assicurato non potrà eseguire l'altra prestazione nel corso della stessa annualità.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: massimale illimitato

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di 400,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo 45,00 euro anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- Visita pedodontica e/o ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo 45,00 euro anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo 40,00 euro anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00
Nessuno scoperto, con il limite di € 40,00 per singolo dente
Indennizzo € 40,00 per il 1° figlio ed € 40,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per:

- osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontiasi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.

Si specifica che la “disodontiasi” e “l'inclusione ossea” si riferiscono solo alla posizione dell'elemento e quindi alla tipologia di estrazione ma non sono patologie.

L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi o entro 18 mesi in caso di intervento di rigenerativa tardiva dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

In caso di comprovata e oggettiva impossibilità di eseguire l'intervento entro i termini sopra indicati, Intesa Sanpaolo Protezione potrà ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontiasi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra)

per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato
- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: **non sono comprese le spese voluttuarie.**

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: 3.500,00 euro per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempio

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo Protezione garantisce l'erogazione delle prestazioni sotto elencate.

Esami del sangue:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- glicemia

- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES.

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti

Elettrocardiogramma di base

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta** ogni due anni per nucleo familiare.

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro a pacchetto**

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2. MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE TIROIDEE

Intesa Sanpaolo Protezione eroga una volta ogni due anni per nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate:

- TSH
- FT3
- FT4
- visita endocrinologica

Le prestazioni possono essere effettuate in due tempi (es. prima gli esami e poi la visita endocrinologica) purchè:

- entro il limite temporale di validità voucher se utilizzato il regime di assistenza diretta
- senza limite temporale ma entro l'annualità assicurativa se utilizzato il regime rimborsuale.

Trascorsi due anni l'Assicurato potrà effettuare nuovamente le prestazioni tenendo presente che i due anni saranno così calcolati:

- per le prestazioni effettuate in forma diretta a decorrere dalla data di rilascio del voucher
- per le prestazioni effettuate in regime rimborsuale dalla data della fattura relativa della prima prestazione

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro a pacchetto**

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.3. PREVENZIONE SOVRACCARICO FUNZIONALE

Intesa Sanpaolo Protezione prevede la possibilità di effettuare una visita fisiatrica o ortopedica una volta ogni due anni per nucleo familiare.

E.1.3.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 50,00 euro a pacchetto

E.1.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.4 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato compila il questionario accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo Protezione analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo Protezione (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale

- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo Protezione provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.1.4.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 25,00 euro a pacchetto, elevato a 50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.4.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), **con eccezione della "Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)"**, prevista per Donne oltre i 30 anni, che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026.

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B)

Donne – oltre i 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A)

Donne – tra 21 e 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Donne – oltre i 30 anni
Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)

Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)

Donne – tra 40 e 49 anni

- Visita senologica
- Mammografia

Donne – oltre i 50 anni

Mammografia

Donne – senza limiti di età

Ecografia transvaginale

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro**

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: **scoperto 20%**
- Regime rimborsuale: **scoperto 20%**

Esempio:

Una donna di 31 anni nel 2024 può richiedere o il pacchetto A o il pacchetto B (Visita ginecologica + TEST HPV PAPILLOMA VIRUS) e decidere di aggiungere anche il pacchetto C.

Nel 2026 potrà usufruire solamente del pacchetto A e aggiungere eventualmente il pacchetto C.

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, **un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni** (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: **massimale 36,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna**

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni)

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo

Uomo – senza limite di età

- visita urologica
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale)

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 80,00 euro

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2023 potrà effettuarlo nel 2025):

- PSA FREE
- 2 PRO PSA

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è illimitato

Regime rimborsuale: massimale 50,00 euro a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

La garanzia opera esclusivamente per il lavoratore caponucleo iscritto a Metasalute.

Non opera né per i familiari a carico né per quelli non a carico.

Per avere accesso alle prestazioni si richiede la seguente certificazione:

- in caso di invalidità non più rivedibile, l'ultimo verbale rilasciato dall'INPS o dall'INAIL
- in caso di invalidità rivedibile, l'ultimo verbale disponibile rilasciato dall'INPS o dall'INAIL unitamente ad un'autocertificazione dell'Assicurato che attesti di non essere ancora stato sottoposto a nuova revisione. Trattandosi di garanzia per la quale viene erogato un importo una tantum, il grado di invalidità che determina l'ammontare dell'indennità è quello risultante dal verbale presentato al momento della richiesta. A ciò consegue che l'Assicurato non potrà richiedere eventuali modifiche dell'importo dell'indennità a seguito di un eventuale successivo aumento della percentuale di invalidità.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) ed è utilizzabile esclusivamente per ottenere il rimborso delle spese sostenute: l'Assicurato potrà presentare una sola richiesta di rimborso nel corso del triennio, cumulativa di tutte le spese sostenute per le prestazioni eseguite, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero.

La domanda di rimborso può pertanto contenere più fatture purchè relative a prestazioni eseguite e fatturate nel corso della vigenza contrattuale e inviate in un'unica soluzione.

Nel caso in cui la domanda di rimborso abbia ad oggetto spese riferibili a più prestazioni, la data del sinistro sarà quella di esecuzione dell'ultima prestazione.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, viene messo a disposizione **una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026)**, un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento...)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. **dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo**
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 7.000,00 euro

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. **dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo**
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico

10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 10.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 15.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

a. di grado compreso tra l'80% e il 90%

b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, viene messo a disposizione una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica

6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: 8.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale 10.000,00 euro.

Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta

- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

Si precisa che per gli interventi di cataratta per gli Assicurati under 60 la Compagnia richiede l'esito dell'esame fatto con la lampada a fessura.

Indipendentemente dall'età dell'Assicurato, la Compagnia indennizza il costo della sola lente neutra; la differenza di costo con eventuale lente graduata resta a carico dell'Assicurato.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo 1.500,00 euro per evento
- Regime rimborsuale (anche nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati)/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo 1.500 euro per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 35%

Regime rimborsuale: scoperto 35%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.500,00 per evento

Costo dell'intervento € 1.300,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 1.300,00 di cui € 845,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 455,00 a carico dell'Assicurato
Regime rimborsuale
Massimale € 1.500,00 per evento
Richiesta di rimborso per intervento € 1.300,00
Scoperto 35%
Indennizzo € 845,00
Restano a carico dell'Assicurato € 455,00

G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESSE LE MONTATURE) O A CONTATTO



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista.

G.2.1 MASSIMALE

150,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2024-2026) a nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

Esempi:

Regime di assistenza diretta/Regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 250,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale.

G.3 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - tutte le tecniche

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) senza franchigie o scoperti per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

Sono esclusi gli esami propedeutici e successivi al trattamento di Procreazione medicalmente assistita.

Le prestazioni saranno liquidate sempreché la fattura sia intestata al soggetto beneficiario della prestazione, che dovrà essere necessariamente assicurato ai sensi del presente contratto. Pertanto, qualora sia assicurato o solo l'uomo o solo la donna, le prestazioni indicate in fattura dovranno riferirsi al soggetto beneficiario della prestazione e non saranno indennizzabili prestazioni riferite a soggetti non assicurati o di sesso diverso rispetto a quello del soggetto destinatario della prestazione eseguita.

G.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di 700,00 euro anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di 500,00 euro anno/nucleo familiare

G.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

G.4 TRISOMIA 21 - SINDROME DI DOWN (FIGLI DEL TITOLARE CAPONUCLEO)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato in copertura, la garanzia prevede una indennità di 1.000,00 euro per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

G.5 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.5.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: 350,00 euro anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: 250,00 euro anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00
Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00
Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita
Indennizzo € 36,00

G.6 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per logopedia a seguito di malattia effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.6.1 MASSIMALE

Massimale: 100,00 euro anno/nucleo familiare.

G.6.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta

Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

G.7 PRESTAZIONI PER OBESITÀ INFANTILE ED ADOLESCENZIALE PER DISTURBI ALIMENTARI (ANORESSIA E/O BULIMIA)

Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per una serie di prestazioni legate all'obesità infantile e adolescenziale:

G.7.1 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata

G.7.1.1 MASSIMALE

Massimale: 10.000,00 euro anno/figli.

G.7.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta

- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita e di massimo 36,00 euro per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:
 Regime di assistenza diretta
 Massimale € 10.000,00
 Costo visita specialistico €150,00
 Nessuno scoperto
 Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione
 Regime rimborsuale
 Massimale € 10.000,00
 Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00
 Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita
 Indennizzo € 36,00

G.7.2 BAMBINI (0-11 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.2.1 MASSIMALE

Massimale: 5.000,00 euro anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura

G.7.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo Protezione liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.7.3 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - VISITE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- visita specialistica nutrizionistica/internistica
- visita specialistica cardiologica per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ECG per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- ecocardiografia per valutazione sindrome metabolica eventualmente associata
- visita psichiatrica (2 visite all'anno)
- visita psicologo (2 visite all'anno).

G.7.3.1 MASSIMALE

Massimale: 10.000,00 euro anno/figli.

G.7.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita e di massimo 36,00 euro per fattura in caso di ECG o Ecocardiografia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 10.000,00

Costo visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 10.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.7.4 ADOLESCENTI (11-18 ANNI NON COMPIUTI) - ESAMI DI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese per:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- urine: esame chimico, fisico e microscopico

G.7.4.1 MASSIMALE

Massimale: 5.000,00 euro anno/figli, per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura.

G.7.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Utilizzo di Strutture sanitarie e Medici

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.7.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo Protezione liquida le spese senza franchigie o scoperti, fino all'importo massimo pari al costo del ticket a fattura

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per fattura

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo esami di laboratorio €50,00

Nessuno scoperto e col massimo indennizzabile pari al costo del ticket a fattura (es. 36,15 €)

Prestazione autorizzata € 36,15 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso esami di laboratorio € 50,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per fattura

Indennizzo € 36,00

G.8 PROTESI/AUSILI MEDICI ORTOPEDICI ED ACUSTICI



Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese per acquistare o noleggiare protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori e per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ecc.).

G.8.1 MASSIMALE

Massimale: 750,00 euro anno/nucleo familiare

G.8.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

G.8.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio.

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 750,00

Richiesta di rimborso € 164,57

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 100,00 a protesi

Indennizzo € 100,00

G.9 CURE TERMALI

Intesa Sanpaolo Protezione paga senza franchigie o scoperti le spese per:

Cure inalatorie (1 volta all'anno):

- inalazione
- aerosol orale o nasale
- aerosol ionico o sonico
- irrigazione nasale
- doccia nasale micronizzata
- nebulizzazione

Cure otorinolaringoiatriche (1 volta all'anno):

- insufflazioni endotimpaniche
- Politzer crenoterapico

G.9.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: illimitato

Regime rimborsuale:

- per cure inalatorie: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese fino a 35 euro per ciclo
- per cure otorinolaringoiatriche: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese fino a 45 euro per ciclo

G.9.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.9.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: Intesa Sanpaolo Protezione paga le spese alle strutture convenzionate con uno scoperto del 50% del costo del ciclo

Regime rimborsuale:

- per cure inalatorie: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese fino a 35 euro per ciclo
- per cure otorinolaringoiatriche: Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese fino a 45 euro per ciclo

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket al 100%

Esempi:

Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione per un ciclo di cure inalatorie € 50,00

Scoperto del 50%

Prestazione autorizzata € 50,00 di cui € 25,00 a carico di Intesa Sanpaolo Protezione e € 25,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Richiesta di rimborso per cure inalatorie € 50,00

Nessuno scoperto col massimo indennizzabile di € 35,00 per ciclo

Indennizzo € 35,00

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO USUFRUITO DI ALCUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo (sia in forma diretta che a rimborso) per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo Protezione corrisponde un indennizzo annuo ai figli disabili dei Titolari caponucleo, inseriti in copertura, con invalidità riconosciuta superiore al 45%³⁰.

³⁰ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

L'indennizzo è determinato in via forfettaria e rappresenta un contributo a fronte delle spese sostenute per l'assistenza del disabile. L'indennizzo viene corrisposto a fronte della presentazione di copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%. Per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva.

L'importo dell'indennizzo è di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito.

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

CAPITOLO II – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 17. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) terapie medico-chirurgiche con finalità estetica e/o ricostruttiva (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connessi all'elenco degli interventi chirurgici di cui all'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici) e, con esclusivo riferimento ai piani integrativi, quelli resi necessari da intervento demolitivo per neoplasia maligna, anche effettuati in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza). Sono esclusi gli interventi di simmetrizzazione mammaria
- 2) interventi e qualsiasi atto chirurgico, prestazioni, terapie o procedure per trattare l'infertilità o la sterilità maschile o femminile accertata e comunque tutti gli atti per la fecondazione artificiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari in materia di procreazione medicale assistita
- 3) Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 4) trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool, di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni
- 5) infortuni che derivano dalla pratica sportiva professionale
- 6) infortuni che derivano dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti
- 7) infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato
- 8) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla radioterapia
- 9) conseguenze di guerra, insurrezioni e di qualsiasi atto di terrorismo
- 10) conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 11) terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 12) certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive
- 13) imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei cd, dei dvd, spese di viaggio
- 14) iniezioni sclerosanti
- 15) medicina legale e medicina del lavoro
- 16) prestazioni di medicina generica comprese, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari

- 17) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 18) ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona
- 19) prestazioni effettuate in palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico; spese per il noleggio di apparecchiature, presidi e protesi
- 20) agopuntura, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 21) tutte le prestazioni non espressamente previste dai Piani Sanitari.
- 22) interventi di chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità, eccetto i casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica
- 23) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
- 24) ricoveri impropri
- 25) conseguenze dirette o indirette di pandemie

Art. 18. Persone non assicurabili

Non ci sono limiti di età per il lavoratore dipendente e per i familiari, con eccezione:

- dei figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, o affidati) che rientrano nel "Nucleo familiare a carico" sino al compimento del 26° anno di età (salvo il caso di figli con disabilità come definiti nella definizione di "Nucleo Familiare a carico")
- dei figli fiscalmente a carico che possono rientrare nel "Nucleo familiare non a carico" solo a decorrere dal giorno successivo al compimento del 26mo anno di età.

CAPITOLO III – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 19. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

19.1 Oneri

Denuncia

L'Assicurato o i suoi 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'indennizzo³¹.

Se la richiesta di accesso ad una prestazione in forma diretta o di rimborso del sinistro difetta degli elementi essenziali qui di seguito indicati, la richiesta stessa non è da intendersi correttamente presentata e sarà quindi respinta.

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

Intesa Sanpaolo Protezione respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

Assistenza diretta

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

³¹ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

- copertura assente
- 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
- mancanza completa di documentazione
- assenza di fattura/documentazione di spesa
- copertura assente
- prescrizione medica scaduta
- prestazione eseguita in struttura convenzionata (salvo i casi espressamente consentiti dalla presente Convenzione)
- errato inserimento della richiesta
- 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** apertura del sinistro se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza S.D.O. o non trasmessa in copia conforme oppure, in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica; assenza di materiale radiografico e foto intra orali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'infortunio) o illeggibile;
- 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.

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, dal Tedesco e dallo Spagnolo 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 (ad esempio nel caso in cui la cartella clinica contenga dei dati

incongruenti con quelli dichiarati in sede autorizzativa e necessari per la liquidazione del sinistro).

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; in tal caso, 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). 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 la prestazione alla Struttura Convenzionata se la Compagnia non ha 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).

Uso di medici e strutture convenzionati **nell'ambito della garanzia Ricoveri A.1.**

Se l'Assicurato vuole avvalersi di una struttura convenzionata e di un medico convenzionato per l'esecuzione di una prestazione convenzionata ha sempre l'obbligo di utilizzare il regime di Assistenza diretta.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.fondometasalute.it o nell'app mobile.

19.2 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'emissione del VoucherSalute® per ogni singola prestazione che deve eseguire; non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Con esclusivo riferimento alle prestazioni odontoiatriche e fisioterapiche, Intesa Sanpaolo Protezione ammette anche la possibilità che la richiesta di emissione del Voucher per la prestazione successiva alla prima sia inoltrata da parte della struttura o del medico convenzionati che si siano resi disponibili

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono agli operatori di Centrale Operativa, contattabile ai numeri dedicati 800.99.18.15 da telefono fisso (numero verde), +39 0422.17.44.299 per chiamate da cellulare, fisso e dall'estero (solo per prestazioni diverse da quelle previste nei Capitoli "Prevenzione" e "Odontoiatria" per le quali è necessario utilizzare il portale web o app mobile)

Dati da fornire alla Centrale Operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico.

Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

- prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia sospetta o accertata per la quale è richiesta la prestazione specificata:
 - è necessaria la prescrizione del medico di base per: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
 - prestazioni diverse da quelle sopra indicate, eccetto le cure odontoiatriche: la prescrizione, con eccezione delle prestazioni odontoiatriche, deve essere fatta da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, è necessario il relativo referto
 - prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, dalle terapie e dalle analisi di laboratorio: per la Centrale Operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.

La prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG) non è richiesta per la prevenzione odontoiatrica di cui al § D.2) e per le prestazioni di prevenzione sanitaria di cui al Capitolo E.

- **copia del tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up
- **copia del certificato di prenotazione del ricovero, o dell'autorizzazione al ricovero** già rilasciata dalla Centrale Operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta, per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta
- in caso di infortunio devono essere presentati anche:

- **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da Intesa Sanpaolo Protezione.

Le cure dentarie da infortunio devono essere coerenti 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. Esempio: non è coerente una prestazione effettuata sull'elemento dentario n. 26 nel caso in cui la lesione riguardasse l'elemento dentario n. 32;**

- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.
 - In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);
- referti degli accertamenti diagnostici eseguiti prima della prestazione in caso di, ove previsti dai Piani Sanitari, interventi di rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi simili, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- in caso di **prestazioni di gravidanza previste nel "Pacchetto maternità": certificato** attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto;
- in caso di gravidanza a rischio: anche certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
- prestazioni odontoiatriche: prescrizione medica dell'odontoiatra, con l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante e della patologia/diagnosi; per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richiesti 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, timbrato e firmato dalla struttura. Il certificato di laboratorio è relativo a manufatti protesici eseguiti e deve contenere nome del paziente, data di esecuzione/consegna, tipo di manufatto realizzato (es: corona provvisoria o protesi mobile), nonché il materiale con cui è stato realizzato (es. ceramica integrale, resina, leghe) da cui si evidenzia la patologia che ha reso necessaria la prestazione, 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 ^a 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
CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotetico e asportazione cisti	Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di ⇒ asportazione cisti mascellari: anche esame istologico e ortopanoramica post prestazione (ortopanoramica in alternativa a Rx endorale). ⇒ estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in

	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti
			ciruito: anche la fattura dell'anestesista ⇒ biopsie: esame istologico post prestazione.
IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)	Radiografie endorali e/o ortopantomiche e/o Dentalscan		radiografie endorali e/o ortopantomiche
PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio
PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	Fotografie in caso di: 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 curettage gengivale.	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche.
DIAGNOSTICA (per es. radiografia endorale)			Immagine referto che riporti data, nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della prestazione

- certificato del medico oculista o **dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta il difetto visivo, in caso di acquisto lenti.
- in caso di Spirometria, RX Torace, ECG, ecocardiogramma, Tac torace e prestazioni extraospedaliere collegate a danni cerebrali: l'Assicurato dovrà produrre anche idonea autocertificazione di non essere stato affetto da Covid-19 o che la prestazione non è richiesta per sospetto Covid-19.

Intesa Sanpaolo Protezione 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

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 o se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, si ricorda di chiedere per tempo il rilascio

del VoucherSalute® perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

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

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 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 7 giorni di lavorativi (dal lunedì al venerdì) 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 7 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.

Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 90 giorni dalla data di emissione, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per il raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per 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: il VoucherSalute® è emesso il 01/04/2024;
VoucherSalute® valido fino al 30/06/2024, per un totale 90 giorni dal 01/04/2024.

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.

Attivazione del pagamento diretto dei pacchetti di prevenzione e delle prestazioni di Odontoiatria

In merito all'attivazione del pagamento diretto per i pacchetti di prevenzione, qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura non appartenente alla rete convenzionata con applicazione delle condizioni previste dalla diretta.

Nel caso in cui il pacchetto di prevenzione non sia erogabile per intero in alcuna struttura del Network, Intesa Sanpaolo Protezione autorizza le singole prestazioni previste dal pacchetto, anche presso più strutture sanitarie convenzionate, con impegno, ove possibile, a rispettare il limite di 30 km dalla residenza del Titolare caponucleo.

In merito all'attivazione del pagamento diretto per le prestazioni di Odontoiatria, qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento delle prestazioni Odontoiatriche si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni odontoiatriche in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione delle prestazioni.

L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.

Ai fini dell'applicazione dell'agevolazione chilometrica sopra indicata sarà necessario attivare il pagamento diretto dei pacchetti di prevenzione attraverso il sito www.fondometasalute.it.

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 richiesta potrà avvenire anche per il tramite della struttura convenzionata.

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).

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 (tramite web/App mobile o telefonicamente), 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.metasalute@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).

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.

c) **Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria per prestazioni extraricovero/assistenza specialistica ambulatoriale**

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna e consente di ottenere il rilascio del VoucherSalute® in tempo utile per effettuare la prestazione.

Dovrà essere contattata (tramite web/app mobile o, in caso di prestazioni diverse da quelle odontoiatriche, anche telefonicamente), la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere il VoucherSalute® alla struttura sanitaria presso cui l'Assicurato deve eseguire la prestazione.

L'Assicurato deve trasmettere alla Centrale Operativa tramite portale web o App mobile la seguente documentazione:

- prescrizione/certificato medico contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile.

Nel caso di attivazione della procedura di urgenza, in considerazione dei termini derogati per rilascio del VoucherSalute®, non è garantita da parte della Centrale Operativa la presa in carico della prestazione.

d) **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.

e) **Centrale Operativa non attivata**

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

f) **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 SDO, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico^{32,...}).

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

19.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

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

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore del Titolare caponucleo.
- le prestazioni devono
 - essere prescritte da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni, ad 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)
 - 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.

La Compagnia si impegna a mettere in pagamento l'Indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica, ossia di predisposizione della lettera di liquidazione, e non di accredito) all'Assicurato:

- entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria;
- entro 25 giorni lavorativi nel caso di richiesta di integrazione della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria. Il computo dei giorni inizia in questo caso dalla ricezione della richiesta di rimborso e resta sospeso ogni volta che viene chiesta un'integrazione documentale all'Assicurato, ripartendo al momento della ricezione della documentazione da parte della Compagnia. Il termine non riparte da zero, ma al contrario vengono conteggiati e sommati tra loro i periodi in cui la richiesta è rimasta in carico alla Compagnia.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il Modulo di richiesta di rimborso (www.fondometasalute.it). 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

³² D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

presenti nel modulo. In ogni caso l'assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

- 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
- prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È necessaria la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche. La prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG) non è richiesta per la prevenzione odontoiatrica di cui al § D.2 e per le prestazioni di prevenzione sanitaria di cui al Capitolo E.
- copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O., in caso di Ricovero anche in Day Hospital e per la garanzia Interventi chirurgici minori
- dettagliata relazione medica che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
- certificato **del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta il difetto visivo, in caso di acquisto lenti. È necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico³³.
La richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno assicurativo (fermo rimanendo che il rimborso per la garanzia è previsto una tantum - cioè per una sola richiesta che può essere presentata una sola volta nel triennio 2024-2026)
- referti degli accertamenti diagnostici eseguiti, in caso di, ove previsti dai Piani Sanitari, interventi di rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- in caso di **prestazioni di gravidanza previste nel "Pacchetto maternità": certificato** attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto;
- in caso di gravidanza a rischio: anche certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
- copia del **tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
- per trattamenti fisioterapici:
i. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata

³³ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

- per le prestazioni dentarie, che devono essere presentate dopo l'avvenuta prestazione:
 - per conservativa endodontica (ad esempio trattamento di una carie), cure odontoiatriche e protesi dentarie (per es. splintaggio, molaggio, esami radiografici): la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante e la patologia/diagnosi
- 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. 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, prescrizione del medico odontoiatra)
 - ⇒ se l'Infortunio è responsabilità di un terzo non provvisto di copertura assicurativa: se è nella disponibilità dell'assicurato, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile
 - ⇒ se l'Infortunio è responsabilità di un terzo provvisto di copertura assicurativa: se è nella disponibilità dell'assicurato anche i dati di polizza del terzo responsabile
 - ⇒ 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).
- certificato medico che attesta la diagnosi di Trisomia 21 in caso di richiesta di indennità
- per invalidità permanente (§ F):
 - in caso di invalidità non più rivedibile, l'ultimo verbale rilasciato dall'INPS o dall'INAIL
 - in caso di invalidità rivedibile, l'ultimo verbale disponibile rilasciato dall'INPS o dall'INAIL unitamente ad un'autocertificazione dell'Assicurato che attesti di non essere ancora stato sottoposto a nuova revisione
- per Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili e per i figli minorenni:
 - a) copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%. Per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva
 - b) l'apposito modulo reperibile in Area riservata, con cui si prende atto che la richiesta dell'indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'Assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo (sia in forma diretta che a rimborso) per prestazioni sanitarie del Nucleo familiare. Si ricorda che la richiesta deve essere presentata a fine anno
 - c) (eventuale) **per l'accertamento del Nucleo** familiare monoparentale: dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia³⁴
 - d) (eventuale) **per l'accertamento del Nucleo** familiare monoreddito:
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia³⁵

Intesa Sanpaolo Protezione 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.

³⁴ Artt. 19 "Modalità alternative all'autenticazione di copie" - 46 "Dichiarazioni sostitutive di certificazioni" - 47 "Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà" D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

³⁵ Artt. 19 "Modalità alternative all'autenticazione di copie" - 46 "Dichiarazioni sostitutive di certificazioni" - 47 "Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà" D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.
presso PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
(Rif. Fondo Metasalute)
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.fondometasalute.it)
- 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.

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

Restituzione delle somme indebitamente pagate

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

o Intesa Sanpaolo Protezione ne dà comunicazione scritta all'Assicurato

o 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.

Sezione III

CAPITOLO I - SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI PER TUTTI I PIANI SANITARI

Gli Assicurati possono beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa senza costi aggiuntivi.

1) DIAGNOSI COMPARATIVA

L'Assicurato può ricevere un ulteriore parere qualificato, nazionale o internazionale, rispetto a una diagnosi formulata da altro professionista per qualsiasi patologia.

La Centrale Operativa:

- rende disponibili almeno tre nominativi tra cui l'Assicurato può decidere il professionista cui rivolgersi
- aiuta l'Assicurato a fissare gli appuntamenti/trasferimenti/ricoveri nella struttura sanitaria se necessari, nel caso in cui l'Assicurato si affidi alle cure di un consulente dalla stessa segnalato.

Sono a carico dell'Assicurato gli onorari del professionista ed eventuali costi di traduzione del parere.

2) PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE

In caso di prestazioni non previste dal piano sanitario o di massimali esauriti, è a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al Network sanitario.

3) CONSULENZA MEDICA

a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per reperire medici e strutture specialistiche in Italia o all'estero, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato.

Il servizio inoltre fornisce:

- informazione sanitaria sui farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni),
- preparazione per esami diagnostici
- profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero.
- nome di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato nel caso in cui, dopo il consulto, abbia bisogno di una visita specialistica.

Il servizio è gratuito per chiamate da telefono fisso.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni sui centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per:

- fornire le informazioni necessarie

- all'occorrenza, individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari
- facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione risolvendo eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

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

Il servizio è gratuito da telefono fisso.

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 per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Il servizio è gratuito per chiamate da telefono fisso.

4) GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, ha bisogno di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa (h 24 ore, 365 giorni all'anno). La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Il servizio è gratuito per chiamate da telefono fisso.

5) SECOND OPINION

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

Il servizio telefonico è gratuito per le chiamate da fisso in Italia; per quelle da cellulare e dall'estero i costi sono quelli del piano tariffario di ciascuno.

Sono a carico dell'Assicurato eventuali costi postali per l'invio della documentazione medica necessaria per erogare il servizio.

6) TUTORING

L'Assicurato può disporre di un affiancamento costante e qualificato per:

- individuare i corretti percorsi terapeutici
- organizzare programmi di prevenzione personalizzati
- gestire i propri bisogni assistenziali.

Il servizio è realizzato con il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e con l'interazione e il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

7) RIMPATRIO SALMA

Se l'Assicurato è deceduto, la Centrale Operativa può organizzare e gestire, tramite centri convenzionati, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

Questo servizio è limitato all'organizzazione del trasporto e del rimpatrio della salma.

I costi del trasporto e dell'organizzazione sono a carico degli aventi diritto dell'Assicurato.

8) INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO

Se l'Assicurato ha bisogno di un medico dalle 20,00 alle 8,00 nei giorni feriali o nelle 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, può contattare la Centrale Operativa che:

- accertata la necessità della prestazione
- invia uno dei medici convenzionati.

Se i medici convenzionati non possono intervenire, la Centrale Operativa organizza, in sostituzione, il trasferimento nel centro medico idoneo più vicino con autoambulanza.

Il costo delle visite domiciliari attivate tramite Centrale Operativa sono a carico dell'Assicurato che deve pagare direttamente il medico.

9) INVIO DI UN INFERMIERE O FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

Se l'Assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero non previsto dalla copertura assicurativa, ha bisogno di essere assistito da un infermiere o un fisioterapista, può contattare la Centrale Operativa che provvede a reperirlo.

Il costo delle prestazioni infermieristiche o dei trattamenti fisioterapici è a carico dell'Assicurato che deve pagare direttamente l'infermiere o il fisioterapista.

Nei casi di ricoveri per:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni che comporta prestazioni infermieristiche/fisioterapiche, la Centrale Operativa, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, invia un infermiere o un fisioterapista convenzionato.

La Compagnia copre le spese fino a 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

Per attivare la copertura, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione.

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli³⁶:

SEZIONE I - CAPITOLO I - NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Art. 4. *Inclusione, esclusione e variazione in corso d'anno delle persone assicurate*

Art. 8 - Foro competente

SEZIONE I - CAPITOLO II - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Assenza di Questionario Sanitario

Art. 8 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 9 - *Decorrenza dell'assicurazione* – Pagamento del premio - Anagrafica

Art. 11 - Forma delle comunicazioni

SEZIONE II - CAPITOLO II - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Art. 17 - Esclusioni

Art. 18 - Persone non assicurabili

SEZIONE II - CAPITOLO III - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 19 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.
L'Amministratore Delegato e Direttore Generale
Massimiliano Dalla Via
firmato digitalmente

Fondo MetaSalute
Il Presidente
Massimiliano Nobis
firmato digitalmente

Allianz S.p.A.
Dott. Massimo Nicoletti
Dott. Angelo Agnelli
firmato digitalmente

Società Reale mutua assicurazioni
Dott. Marco Mazzucco
firmato digitalmente

Poste Assicura S.p.A.
Dott. Andrea Pezzi
firmato digitalmente

Poste Vita S.p.A.
Dott. Andrea Novelli
firmato digitalmente

³⁶ Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.

Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100895 Metasalute

PIANO BASE

 Massimali*/somme
 assicurate -
 scoperti/franchigie/
 massimi
 indennizzabili

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO
(COMPRESO NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO
"ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI" ALLE CDA)

ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale

<p>A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA)</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>Sub massimale intervento ricostruttivo post mastectomia per demolizione avvenuta dopo il 01.01.2024</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso Ticket</p> <p>Pre/post</p> <p>Trasporto sanitario</p> <p>Retta di degenza dell'accompagnatore</p>	<p style="text-align: center;">Da elenco GIC</p> <p style="text-align: center;">illimitato</p> <p style="text-align: center;">18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti</p> <p style="text-align: center;">4.000,00 euro una tantum a triennio (2024-2026) per evento a mammella</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 15%</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p style="text-align: center;">giorni illimitati</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p style="text-align: center;">100%</p>
<p>A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA</p>	<p style="text-align: center;">100,00 euro al giorno max. 150 gg.</p>
B. PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
<p>B.1 Alta Specializzazione</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso</p>	<p style="text-align: center;">da elenco</p> <p style="text-align: center;">max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare.</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 40%</p> <p style="text-align: center;">max. 50,00 euro per accertamento</p>
<p>B.2 Visite specialistiche</p> <p>Massimale</p>	<p style="text-align: center;">max. 5 visite per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare</p>

Condizioni	diretta rimborso	franchigia 45,00 euro max. 50,00 euro per visita
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche Massimale		5.000 euro anno/nucleo
Condizioni	Ticket	100%
B.4 Accertamenti diagnostici Massimale		max. 5 accertamenti per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 40% max. 30,00 euro per fattura
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ - B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO - Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N. - test genetici prenatali (E.G.Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale - amniocentesi o villocentesi: • per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione • per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto. - B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE - visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia - controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale - una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.	Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).	
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% 100% 100%
B.5.3 Supporto psicologico post parto Massimale		Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
	diretta rimborso/S.S.N.	Illimitato Illimitato

Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	100%
C. FISIOTERAPIA		
C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio		
Massimale	diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	100%
C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	100%
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	100%
D. ODONTOIATRIA		
D.1 Cure dentarie		
Massimale	cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari	



Condizioni	diretta	2.000,00 euro
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e ablazione tartaro
	diretta	Scoperto 35%
	rimborso	Scoperto 25%
	Ticket	100%
D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Massimale		
Condizioni	diretta	illimitato
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro		Una volta l'anno
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		Illimitato
Massimale		
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascenso dentario da strumento endodontico endocanalare; Gengivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento); Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per



		emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosi; Pede estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico. L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo Protezione si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.
Massimale		2.000,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 35%
	Ticket	100%
E. PREVENZIONE		
<p>La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026. Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.</p>		
E.1 PREVENZIONE BASE		
E.1.1 Prevenzione base		esami del sangue [alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base, come da elenco. Una volta ogni 2 anni per nucleo familiare.
Massimale	diretta	Illimitato
Condizioni	rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%

<p>E.1.2 Prevenzione Monitoraggio Patologie Tiroidee Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta Rimborso</p>	<p>visita endocrinologica, TSH, FT3 e FT4; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare</p> <p style="text-align: center;">Illimitato 50,00 euro a pacchetto</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 20% Scoperto 20%</p>
<p>E.1.3 Prevenzione Sovraccarico Funzionale Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta Rimborso</p>	<p>visita fisiatrica o ortopedica; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare</p> <p style="text-align: center;">Illimitato 50,00 euro a pacchetto</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 20% Scoperto 20%</p>
<p>E.1.4 Sindrome metabolica</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso</p>	<p>L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata.</p> <p style="text-align: center;">Una volta l'anno/ogni 6 mesi. Prestazioni da elenco</p> <p style="text-align: center;">Illimitato 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 20% Scoperto 20%</p>
E.2 PREVENZIONE DONNA	
<p>E.2.1 Pacchetto Donna</p>	<p>Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)</p> <p>Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)</p> <p>Donne – tra 40 e 49 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita senologica • Mammografia <p>Donne – oltre i 50 anni Mammografia</p> <p>Donne – senza limiti di età Ecografia transvaginale</p> <p>Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per</p>



		Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026).
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025)
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025). Uomo – oltre i 21 anni <ul style="list-style-type: none">• visita cardiologica• ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) Uomo – oltre i 50 anni <ul style="list-style-type: none">• PSA• Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo Uomo – senza limite di età <ul style="list-style-type: none">• visita urologica• ecografia prostatica (Ecografia transrettale)
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 80,00 euro
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2023 potrà eseguirlo nel 2025): <ul style="list-style-type: none">• PSA FREE:• 2 PRO PSA
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%



F. INVALIDITÀ PERMANENTE

(per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

<p>F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio) A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL tra 24% e 33% >33% e fino 66% >66% e fino 100%</p>	<p>plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 7.000,00 euro 10.000,00 euro 15.000,00 euro</p>
<p>B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80% tra 80% e 90% tra 91% e 100%</p>	<p>plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 8.000,00 euro 10.000,00 euro</p>

G. ALTRE PRESTAZIONI

<p>G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital Massimale Condizioni</p>	<p>da elenco. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno. diretta 1.500,00 euro per evento rimborso/S.S.N. 1.500,00 euro per evento diretta Scoperto 35% rimborso Scoperto 35% Ticket 100%</p>
<p>G.2 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche Massimale</p>	<p>diretta 700,00 euro rimborso 500,00 euro</p>
<p>G.3 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)</p>	<p>In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.</p>
<p>G.4 Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)\a seguito dell'insorgenza di grave malattia Oncologica Massimale Condizioni</p>	<p>un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro 250,00 euro diretta 100% rimborso max. 36,00 euro per visita Ticket 100%</p>
<p>G.5 Logopedia figli minorenni Massimale</p>	<p>100,00 euro 100% max. 20,00 euro a seduta Ticket 100%</p>

H. PRESTAZIONI SOCIALI

(solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)



H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo

Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, tutoring, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.

*I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato

Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.



Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100895 Metasalute

PIANO MS1

Massimali*/somme
assicurate -
scoperti/franchigie/
massimi
indennizzabili

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO

(COMPRESO NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO

"ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI" ALLE CDA)

ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale

<p>A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA)</p>		<p>da elenco GIC</p>
<p>Massimale</p>	<p>diretta rimborso/S.S.N.</p>	<p>illimitato 18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti</p>
<p>Sub massimale intervento ricostruttivo post mastectomia</p>		<p>4.000,00 euro una tantum a triennio (2024-2026) per evento a mammella</p>
<p>Condizioni</p>	<p>diretta rimborso Ticket</p>	<p>Scoperto 15% Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi 100%</p>
<p>Pre/post</p>		<p>giorni illimitati</p>
<p>Trasporto sanitario</p>		<p>100%</p>
<p>Retta di degenza dell'accompagnatore</p>		<p>100%</p>
<p>A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA</p>		<p>100,00 euro al giorno max. 150 gg.</p>
<p>B. PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE</p>		
<p>B.1 Alta Specializzazione</p>		<p>da elenco max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare</p>
<p>Massimale</p>		
<p>Condizioni</p>	<p>diretta rimborso</p>	<p>Scoperto 40% max. 70,00 euro per accertamento</p>
<p>B.2 Visite specialistiche</p>		



Massimale		max. 5 visite per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	franchigia 45,00 euro max. 50,00 euro per visita
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche Massimale		5.000,00 euro anno/nucleo
Condizioni	Ticket	100%
B.4 Accertamenti diagnostici Massimale		max. 5 accertamenti per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 40% max. 30,00 euro per fattura
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ - B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO - Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N. - test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale - amniocentesi o villocentesi: <ul style="list-style-type: none">• per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione• per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto. - B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE - visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia - controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale - una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.	Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).	
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% 100% 100%



B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche	
Massimale	diretta	Illimitato	
	rimborso/S.S.N.	Illimitato	
Condizioni	diretta	100%	
	rimborso	max. 36,00 euro per visita	
	Ticket	100%	
C. FISIOTERAPIA			
C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio			
Massimale	diretta/diretta domiciliare	500,00 euro	
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro	
Condizioni	diretta	Scoperto 30%	
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso	
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione	
	Ticket	100%	
C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"			
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro	
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro	
Condizioni	diretta	Scoperto 30%	
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso	
	rimborso	Scoperto 30%	
	Ticket	100%	
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia			
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro	
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro	
Condizioni	diretta	Scoperto 30%	
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso	
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione	
	Ticket	100%	



D. ODONTOIATRIA

D.1 Cure dentarie		cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta	2.000,00 euro
Condizioni	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e ablazione tartaro
		Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.
	diretta	Scoperto 35%
	rimborso	Scoperto 25%
	Ticket	100%
D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Massimale	diretta	illimitato
Condizioni	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro		Una volta l'anno
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		Illimitato
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino,



	<p>toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare; Gengivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento); Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosi; Pede estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.</p> <p>L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo Protezione si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.</p>
Massimale	2.000,00 euro
Condizioni	
	diretta Scoperto 35%
	Ticket 100%

E. PREVENZIONE

La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026. Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 Prevenzione base	esami del sangue [alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base, come da elenco. Una volta ogni 2 anni per nucleo familiare.
------------------------	--



Massimale		
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.2 Prevenzione Monitoraggio Patologie Tiroidee Massimale		visita endocrinologica, TSH, FT3 e FT4; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto
rimborso	diretta	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.3 Prevenzione Sovraccarico Funzionale Massimale		visita fisiatrica o ortopedica; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.4 Sindrome metabolica		L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata.
Massimale		Una volta l'anno/ogni 6 mesi. Prestazioni da elenco
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2 PREVENZIONE DONNA		
E.2.1 Pacchetto Donna		Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B) Donne – tra 40 e 49 anni • Visita senologica • Mammografia Donne – oltre i 50 anni Mammografia Donne – senza limiti di età



		Ecografia transvaginale Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026).
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025)
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025). Uomo – oltre i 21 anni • visita cardiologica • ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) Uomo – oltre i 50 anni • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo Uomo – senza limite di età • visita urologica • ecografia prostatica (Ecografia transrettale)
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2023 potrà eseguirlo nel 2025): • PSA FREE: • 2 PRO PSA
Massimale		



Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)		
F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio) A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL tra 24% e 33% >33% e fino 66% >66% e fino 100%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 7.000,00 euro 10.000,00 euro 15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80% tra 80% e 90% tra 91% e 100%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 8.000,00 euro 10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital Massimale Condizioni	diretta rimborso/S.S.N. diretta rimborso Ticket	da elenco. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno. 1.500,00 euro per evento 1.500,00 euro per evento Scoperto 35% Scoperto 35% 100%
G.2 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche Massimale	diretta rimborso	700,00 euro 500,00 euro
G.3 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)		In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.
G.4 Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti) \a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica Massimale Condizioni	diretta rimborso/ Ticket diretta rimborso Ticket	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro 250,00 euro 100% max. 36,00 euro per visita 100%
G.5 Logopedia figli minorenni Massimale	diretta rimborso	100,00 euro 100% max. 20,00 euro a seduta



Ticket	100%
H. PRESTAZIONI SOCIALI (solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)	
H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo	Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI
Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, tutoring, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.

*I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato
Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.

Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100895 Metasalute

PIANO MS2

Massimali*/somme
assicurate -
scoperti/franchigie/
massimi
indennizzabili

PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale

<p>A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)</p>	<p>con eccezione di quelli previsti dai § D e G</p>
<p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso/S.S.N.</p>	<p style="text-align: center;">illimitato</p> <p>18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti 8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"</p>
<p>Sub massimale intervento ricostruttivo post mastectomia</p>	<p>4.000,00 euro una tantum a triennio (2024-2026) per evento a mammella</p>
<p>Intervento laser correzione difetti visivi</p>	<p>Solo per diottrie >=7 per ciascun occhio</p>
<p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso Ticket</p>	<p>Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato.</p> <p>Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi- per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato</p>
<p>Pre/post</p>	<p>100% giorni illimitati</p>
<p>Trasporto sanitario</p>	<p>100%</p>
<p>Retta di degenza dell'accompagnatore</p>	<p>100%</p>
<p>A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)</p>	<p>100,00 euro al giorno max. 150 gg.</p>

B. PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

<p>B.1 Alta Specializzazione</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso</p>	<p style="text-align: center;">da elenco</p> <p>max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare.</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 40%</p> <p style="text-align: center;">max. 70,00 euro per accertamento</p>
<p>B.2 Visite specialistiche</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso</p>	<p>max. 5 visite per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare</p> <p style="text-align: center;">franchigia 45,00 euro</p> <p style="text-align: center;">max. 50,00 euro per visita</p>
<p>B.3 Ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;"><i>Ticket</i></p>	<p style="text-align: center;">5.000 euro anno/nucleo</p> <p style="text-align: center;">100%</p>
<p>B.4 Accertamenti diagnostici</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso</p>	<p>max. 5 accertamenti per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 40%</p> <p style="text-align: center;">max. 30,00 euro per fattura</p>
<p>B.5 PACCHETTO MATERNITÀ</p> <p>- B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N. - test genetici prenatali (E.G.Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale - amniocentesi o villocentesi: <ul style="list-style-type: none"> • per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione • per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto. <p>- B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia - controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale 	<p>Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).</p>

- una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.		
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	100%
	Ticket	100%
B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
Massimale	diretta	Illimitato
	rimborso/S.S.N.	Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	100%
C. FISIOTERAPIA		
C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio		
Massimale	diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	100%
C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	100%
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		



Massimale	Diretta/diretta domiciliare rimborso/S.S.N.	500,00 euro 250,00 euro
Condizioni	diretta diretta domiciliare rimborso Ticket	Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione 100%
D. ODONTOIATRIA		
D.1 Cure dentarie		cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	2.500,00 euro 400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e ablazione tartaro
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero. Scoperto 35% Scoperto 25% 100%
D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 400,00 euro condiviso con Cure Dentarie
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona 100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro		Una volta l'anno
Massimale		illimitato
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% max. 45,00 euro anno/persona 100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		illimitato



<p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso Ticket</p>	<p style="text-align: center;">100%</p> <p style="text-align: center;">max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona</p> <p style="text-align: center;">100%</p>
<p>D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)</p> <p>Massimale Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta Ticket</p>	<p>Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascenso dentario da strumento endodontico endocanalare; Gengivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento); Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosi; Pedo estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.</p> <p>L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo Protezione si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.</p> <p style="text-align: center;">2.500,00 euro</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 35%</p> <p style="text-align: center;">100%</p>

E. PREVENZIONE

La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026. Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 Prevenzione base		esami del sangue [alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base, come da elenco. Una volta ogni 2 anni per nucleo familiare.
Massimale	diretta	Illimitato
Condizioni	rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.1.2 Prevenzione Monitoraggio Patologie Tiroidee Massimale		visita endocrinologica, TSH, FT3 e FT4; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Condizioni	diretta	Illimitato
	rimborso	50,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.1.3 Prevenzione Sovraccarico Funzionale Massimale		visita fisiatrica o ortopedica; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Condizioni	diretta	Illimitato
	rimborso	50,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.1.4 Sindrome metabolica		L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata.
Massimale		Una volta l'anno/ogni 6 mesi. Prestazioni da elenco
Condizioni	diretta	Illimitato
	rimborso	25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.2 PREVENZIONE DONNA		
E.2.1 Pacchetto Donna		Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST
		Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST
		Donne – oltre i 30 anni



		<p>Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)</p> <p>Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)</p> <p>Donne – tra 40 e 49 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita senologica • Mammografia <p>Donne – oltre i 50 anni</p> <p>Mammografia</p> <p>Donne – senza limiti di età</p> <p>Ecografia transvaginale</p> <p>Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026).</p>
Massimale	diretta	Illimitato
Condizioni	rimborso	80,00 euro
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		<p>1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025)</p>
Massimale	Diretta	Illimitato
Condizioni	Rimborso	36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		<p>Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025).</p> <p>Uomo – oltre i 21 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • visita cardiologica • ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) <p>Uomo – oltre i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo <p>Uomo – senza limite di età</p> <ul style="list-style-type: none"> • visita urologica • ecografia prostatica (Ecografia transrettale)
Massimale	diretta	Illimitato
	rimborso	80,00 euro

Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2023 potrà eseguirlo nel 2025): <ul style="list-style-type: none"> • PSA FREE: • 2 PRO PSA
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)		
F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio) A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificate dall'INAIL tra 24% e 33% >33% e fino 66% >66% e fino 100%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 7.000,00 euro 10.000,00 euro 15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80% tra 80% e 90% tra 91% e 100%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 8.000,00 euro 10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital		da elenco. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno.
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	1.500,00 euro per evento 1.500,00 euro per evento
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 35% Scoperto 35% 100%
G.2 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche		
Massimale	diretta rimborso	700,00 euro 500,00 euro
G.3 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)		In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.
G.4 Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti) \a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica		



Massimale	diretta rimborso/ Ticket	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro 250,00 euro
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% max. 36,00 euro per visita 100%
G.5 Logopedia figli minorenni Massimale	diretta rimborso Ticket	100,00 euro 100% max. 20,00 euro a seduta 100%
G.6 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia) G.6.1 Bambini (0-11 non compiuti)- Visite ed accertamenti diagnostici	Massimale diretta rimborso Ticket	10.000,00 euro anno/figli 100% max. 36,00 euro per visita e per fattura 100%
G.6.2 Bambini (0-11 non compiuti)- Esami di laboratorio	Massimale diretta rimborso Ticket	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura 100% max. 36,00 euro a fattura 100%
G.6.3 Adolescenti (11-18 non compiuti)-Visite ed accertamenti diagnostici Massimale	diretta rimborso Ticket	max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno 10.000,00 euro anno/figli 100% max. 36,00 euro per visita e per fattura 100%
G.6.4 Adolescenti (11-18 non compiuti)-Esami di laboratorio Massimale	diretta rimborso Ticket	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura 100% max. 36,00 euro a fattura 100%
G.7 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici Massimale	rimborso	550,00 euro max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio
G.8 Cure termali Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione) Massimale	diretta rimborso Ticket	illimitato 50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno 100%
Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico) Massimale	diretta	illimitato 50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno



rimborso
Ticket

max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
100%

H. PRESTAZIONI SOCIALI

(solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)

H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo

Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, tutoring, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.

*I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato

Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.



Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100895 Metasalute

PIANO MS3

Massimali*/somme
assicurate -
scoperti/franchigie/
massimi
indennizzabili

PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale

A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)	con eccezione di quelli previsti dai § D e G
<p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso/S.S.N.</p>	<p style="text-align: center;">illimitato</p> <p>18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti 8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"</p>
Sub massimale intervento ricostruttivo post mastectomia	4.000,00 euro una tantum a triennio (2024-2026) per evento a mammella
Intervento laser correzione difetti visivi	Solo per diottrie >=7 per ciascun occhio
<p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso Ticket</p>	<p>Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato</p> <p>Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato</p> <p style="text-align: center;">100%</p>
<p>Pre/post</p> <p>Trasporto sanitario</p> <p>Retta di degenza dell'accompagnatore</p>	<p style="text-align: center;">giorni illimitati</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p style="text-align: center;">100%</p>
A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)	100,00 euro al giorno max. 150 gg.
<p>A.3 Diaria da gesso</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p style="text-align: center;">Illimitato</p> <p>25,00 euro al giorno per ogni giorno di applicazione, max 60 giorni, a valere nel massimale del singolo intervento</p>

B. PRESTAZIONI EXTRA- RICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE



B.1 Alta Specializzazione		
Massimale		da elenco max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare.
Condizioni	diretta	Scoperto 40%
	rimborso	max. 70,00 euro per accertamento
B.2 Visite specialistiche		
Massimale		max. 5 visite per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare
Condizioni	diretta	franchigia 45,00 euro
	rimborso	max. 50,00 euro per visita
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche		
Massimale		5.000 euro anno/nucleo
Condizioni	Ticket	100%
B.4 Accertamenti diagnostici		
Massimale		max. 5 accertamenti per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare
Condizioni	diretta	Scoperto 40%
	rimborso	max. 30,00 euro per fattura
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ		
- B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO		Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).
- Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N.		
- test genetici prenatali (E.G.Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale		
- amniocentesi o villocentesi:		
• per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione		
• per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.		
- B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE		
- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia		
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale		



- una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.		
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	100%
	Ticket	100%
B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
Massimale	diretta	Illimitato
	rimborso/S.S.N.	Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	100%
C. FISIOTERAPIA		
C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio		
Massimale	diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	100%
C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	100%
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
Massimale		



Condizioni	Diretta/diretta domiciliare rimborso/S.S.N.	500,00 euro 250,00 euro
	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	100%
D. ODONTOIATRIA		
D.1 Cure dentarie		cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta	3.000,00 euro
Condizioni	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e ablazione tartaro
		Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.
	diretta	Scoperto 35%
	rimborso	Scoperto 25%
	Ticket	100%
D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare
Massimale	diretta	illimitato
Condizioni	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro		Una volta l'anno.
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		Illimitato
Condizioni		



	diretta	100%
	rimborso	max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare; Gengivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) ; Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosi; Pedo estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico. L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo Protezione si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.
Massimale		3.000,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 35%
	Ticket	100%

E. PREVENZIONE

La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026. Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

E.1 PREVENZIONE BASE



E.1.1 Prevenzione base		esami del sangue [alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base, , come da elenco. Una volta ogni 2 anni per nucleo familiare.
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.2 Prevenzione Monitoraggio Patologie Tiroidee Massimale		visita endocrinologica, TSH, FT3 e FT4; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.3 Prevenzione Sovraccarico Funzionale Massimale		visita fisiatrica o ortopedica; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.4 Sindrome metabolica		L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata.
Massimale		Una volta l'anno/ogni 6 mesi. Prestazioni da elenco
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2 PREVENZIONE DONNA		
E.2.1 Pacchetto Donna		Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Donne – oltre i 30 anni



		Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B) Donne – tra 40 e 49 anni <ul style="list-style-type: none">• Visita senologica• Mammografia Donne – oltre i 50 anni Mammografia Donne – senza limiti di età Ecografia transvaginale Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026).
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta rimborso	80,00 euro
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025)
Massimale	diretta rimborso	Illimitato
Condizioni	36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna	
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025). Uomo – oltre i 21 anni <ul style="list-style-type: none">• visita cardiologica• ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) Uomo – oltre i 50 anni <ul style="list-style-type: none">• PSA• Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo Uomo – senza limite di età <ul style="list-style-type: none">• visita urologica• ecografia prostatica (Ecografia transrettale)
Massimale		
	diretta rimborso	Illimitato



Condizioni		80,00 euro
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023): <ul style="list-style-type: none">• PSA FREE:• 2 PRO PSA
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)		
F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio) A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificate dall'INAIL tra 24% e 33% >33% e fino 66% >66% e fino 100%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 7.000,00 euro 10.000,00 euro 15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80% tra 80% e 90% tra 91% e 100%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 8.000,00 euro 10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital		da elenco. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno.
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	1.500,00 euro per evento 1.500,00 euro per evento
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 35% Scoperto 35% 100%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto Massimale	diretta/rimborso	80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2024-2026) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche Massimale	diretta rimborso	700,00 euro 500,00 euro
G.4 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)		In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.



G.5 Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)\a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica Massimale		un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro 250,00 euro
Condizioni	diretta rimborso/ Ticket	
	diretta rimborso Ticket	100% max. 36,00 euro per visita 100%
G.6 Logopedia figli minorenni Massimale		100,00 euro 100% max. 20,00 euro a seduta 100%
	diretta rimborso Ticket	
G.7 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia) G.7.1 Bambini (0-11 non compiuti)- Visite ed accertamenti diagnostici	Massimale diretta rimborso Ticket	10.000,00 euro anno/figli 100% max. 36,00 euro per visita e per fattura 100%
G.7.2 Bambini (0-11 non compiuti)- Esami di laboratorio	Massimale diretta rimborso Ticket	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura 100% max. 36,00 euro a fattura 100%
G.7.3 Adolescenti (11-18 non compiuti)-Visite ed accertamenti diagnostici	Massimale	max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno
	diretta rimborso Ticket	10.000,00 euro anno/figli 100% max. 36,00 euro per visita e per fattura 100%
G.7.4 Adolescenti (11-18 non compiuti)-Esami di laboratorio Massimale	diretta rimborso Ticket	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura 100% max. 36,00 euro a fattura 100%
G.8 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici	Massimale rimborso	750,00 euro max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio
G.9 Cure termali Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione)		
Massimale	diretta rimborso Ticket	illimitato 50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno 100%



Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico) Massimale	diretta rimborso Ticket	illimitato 50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno 100%
---	-------------------------------	--

H. PRESTAZIONI SOCIALI

(solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)

H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo	Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.
---	---

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, tutoring, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.

*I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato

Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.

Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100895 Metasalute

PIANO MS4

Massimali*/somme
assicurate -
scoperti/franchigie/
massimi
indennizzabili

PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale

A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)	con eccezione di quelli previsti dai § D e G
Massimale diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti 8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"
Sub massimale intervento ricostruttivo post mastectomia	4.000,00 euro una tantum a triennio (2024-2026) per evento a mammella
Intervento laser correzione difetti visivi	Solo per diottrie >=7 per ciascun occhio
Condizioni diretta rimborso Ticket	Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato. Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato
Pre/post	100% giorni illimitati
Trasporto sanitario	100%
Retta di degenza dell'accompagnatore	100%
A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)	100,00 euro al giorno max. 150 gg.
A.3 Diaria da gesso Massimale Condizioni	illimitato 25,00 euro al giorno per ogni giorno di applicazione, max 60 giorni, a valere nel massimale del singolo intervento

B. PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

<p>B.1 Alta Specializzazione</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso</p>	<p style="text-align: center;">da elenco</p> <p>max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare.</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 40%</p> <p style="text-align: center;">max. 70,00 euro per accertamento</p>
<p>B.2 Visite specialistiche</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso</p>	<p>max. 5 visite per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare</p> <p style="text-align: center;">franchigia 40,00 euro</p> <p style="text-align: center;">max. 50,00 euro per visita</p>
<p>B.3 Ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">Ticket</p>	<p style="text-align: center;">5.000 euro anno/nucleo</p> <p style="text-align: center;">100%</p>
<p>B.4 Accertamenti diagnostici</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso</p>	<p>max. 5 accertamenti per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 30%</p> <p style="text-align: center;">max. 30,00 euro per fattura</p>
<p>B.5 PACCHETTO MATERNITÀ</p> <p>- B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N. - test genetici prenatali (E.G.Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale - amniocentesi o villocentesi: <ul style="list-style-type: none"> • per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione • per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto. <p>- B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia 	<p>Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).</p>



<p>- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale</p> <p>- una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.</p>	
Massimale	700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni	
	diretta 100%
	rimborso 100%
	Ticket 100%
B.5.3 Supporto psicologico post parto	Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
Massimale	
	diretta Illimitato
	rimborso/S.S.N. Illimitato
Condizioni	
	diretta 100%
	rimborso max. 36,00 euro per visita
	Ticket 100%
C. FISIOTERAPIA	
C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio	
Massimale	
	diretta/diretta domiciliare 500,00 euro
	rimborso/S.S.N. 250,00 euro
Condizioni	
	diretta Scoperto 30%
	diretta domiciliare Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket 100%
C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"	
Massimale	
	Diretta/diretta domiciliare 500,00 euro
	rimborso/S.S.N. 250,00 euro
Condizioni	
	diretta Scoperto 30%
	diretta domiciliare Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso Scoperto 30%
	Ticket 100%



C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	100%
D. ODONTOIATRIA		
D.1 Cure dentarie		cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta	3.500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e ablazione tartaro
Condizioni		Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.
	diretta	Scoperto 35%
	rimborso	Scoperto 25%
	Ticket	100%
D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Massimale	diretta	illimitato
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro		Una volta l'anno
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 45,00 euro anno/persona



	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni Massimale Condizioni		Illimitato
	diretta rimborso	100% max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascenso dentario da strumento endodontico endocanalare; Gengivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento); Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosi; Pedo estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico. L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo Protezione si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.
Massimale Condizioni		3.500,00 euro
	diretta	Scoperto 35%
	Ticket	100%

E. PREVENZIONE

La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026. Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete

convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 Prevenzione base		esami del sangue [alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base, , come da elenco. Una volta ogni 2 anni per nucleo familiare.
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.2 Prevenzione Monitoraggio Patologie Tiroidee Massimale		visita endocrinologica, TSH, FT3 e FT4; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto
rimborso	diretta	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.3 Prevenzione Sovraccarico Funzionale Massimale		visita fisiatrica oortopedica; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto
rimborso	diretta	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.4 Sindrome metabolica		L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata.
Massimale		Una volta l'anno/ogni 6 mesi. Prestazioni da elenco
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 Pacchetto Donna		Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST
		Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni



		<p>Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)</p> <p>Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)</p> <p>Donne – tra 40 e 49 anni</p> <ul style="list-style-type: none">• Visita senologica• Mammografia <p>Donne – oltre i 50 anni Mammografia</p> <p>Donne – senza limiti di età Ecografia transvaginale</p> <p>Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026).</p>
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025)
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		<p>Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025).</p> <p>Uomo – oltre i 21 anni</p> <ul style="list-style-type: none">• visita cardiologica• ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) <p>Uomo – oltre i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none">• PSA• Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo <p>Uomo – senza limite di età</p> <ul style="list-style-type: none">• visita urologica• ecografia prostatica (Ecografia transrettale)
Massimale		

	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2023 potrà eseguirlo nel 2025): <ul style="list-style-type: none"> • PSA FREE: • 2 PRO PSA
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)		
F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio) A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL tra 24% e 33% >33% e fino 66% >66% e fino 100%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 7.000,00 euro 10.000,00 euro 15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80% tra 80% e 90% tra 91% e 100%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 8.000,00 euro 10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital		da elenco. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno.
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	1.500,00 euro per evento 1.500,00 euro per evento
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 35% Scoperto 35% 100%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto Massimale	diretta/rimborso	150,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2024-2026) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche Massimale	diretta rimborso	700,00 euro 500,00 euro
G.4 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)		In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia



		prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.
G.5 Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti) \a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica Massimale	diretta rimborso/ Ticket	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro 250,00 euro
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% max. 36,00 euro per visita 100%
G.6 Logopedia figli minorenni Massimale	diretta rimborso Ticket	100,00 euro 100% max. 20,00 euro a seduta 100%
G.7 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia) G.7.1 Bambini (0-11 non compiuti)- Visite ed accertamenti diagnostici Massimale	diretta rimborso Ticket	10.000,00 euro anno/figli 100% max. 36,00 euro per visita e per fattura 100%
G.7.2 Bambini (0-11 non compiuti)- Esami di laboratorio Massimale	diretta rimborso Ticket	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura 100% max. 36,00 euro a fattura 100%
G.7.3 Adolescenti (11-18 non compiuti)-Visite ed accertamenti diagnostici Massimale	diretta rimborso Ticket	max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno 10.000,00 euro anno/figli 100% max. 36,00 euro per visita e per fattura 100%
G.7.4 Adolescenti (11-18 non compiuti)-Esami di laboratorio Massimale	diretta rimborso Ticket	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura 100% max. 36,00 euro a fattura 100%
G.8 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici Massimale	rimborso	750,00 euro max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio
G.9 Cure termali Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione) Massimale	diretta	illimitato 50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno



Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico) Massimale	rimborso Ticket	max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno 100%
	diretta rimborso Ticket	illimitato 50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno 100%

H. PRESTAZIONI SOCIALI

(solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)

H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo	Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.
---	---

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, tutoring, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.

*I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato

Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.

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

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

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

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

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

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

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

Questi sono i riferimenti utili per contattarci:

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

comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com

www.intesasanpaoloprotezione.com

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

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

dpo@intesasanpaoloprotezione.com

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

3. QUALI DATI PERSONALI TRATTIAMO?

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

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

Inoltre, per le sole polizze Motor, trattiamo:

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

4. PERCHÉ TI CHIEDIAMO DI FORNIRCI I TUOI DATI?

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

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

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

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

I dati che trattiamo possono avere provenienza:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Possano essere destinatari dei tuoi dati:

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

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

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

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

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

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

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

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

9. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I TUOI DATI?

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

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

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

10. QUALI SONO I TUOI DIRITTI?

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

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

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

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

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

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA GENERALE	
Cardiochirurgia, e chirurgia toracica	
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€ 18.000,00
Fistole arterovenose polmonari	€ 18.000,00
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€ 18.000,00
Trapianto cardiaco	€ 45.000,00
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti complessi o complicati	€ 18.000,00
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti singoli non complicati	€ 18.000,00
Bypass aortocoronarico a cuore battente	€ 18.000,00
Tutti gli interventi: a cuore chiuso (esclusi gli interventi eseguiti in cardiologia interventistica)	€ 18.000,00
Collo	
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	€ 18.000,00
Tiroidectomia totale con eventuale linfadenectomia (chirurgica o con radioiodio terapia)	€ 18.000,00
Esofago	
Esofagectomia totale ed esofagectomia sub-totale	€ 18.000,00
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 18.000,00
Fegato	
Derivazioni biliodigestive	€ 18.000,00
Drenaggio di ascesso epatico	€ 18.000,00
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 18.000,00
Interventi per echinococchi	€ 18.000,00
Colecistectomia anche per via endoscopica	€ 18.000,00
Interventi sulla papilla di Vater	€ 18.000,00
Re-interventi sulle vie biliari	€ 18.000,00
Resezioni epatiche	€ 18.000,00
Trapianto di fegato	€ 45.000,00
Interventi su polmone - bronchi - trachea	
Interventi per fistole bronchiali	€ 18.000,00
Pleuropneumectomia	€ 22.500,00
Pneumectomia	€ 18.000,00
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 22.500,00
Resezioni segmentarie e lobectomia	€ 18.000,00
Timectomia per via toracica	€ 18.000,00
Trapianto di polmone	€ 45.000,00
Tumori della trachea	€ 22.500,00
Interventi sul mediastino	
Interventi per tumori	€ 18.000,00
Interventi sul sistema nervoso simpatico	
Simpaticectomia dorsale toracoscopica, simpaticotomia, neurocompressione del simpatico toracico (o simpaticofrasi o clamping).	€ 18.000,00
Simpaticectomia lombare	€ 18.000,00
Intestino	
Colectomia totale	€ 18.000,00
Colectomie parziali	€ 18.000,00
Sigmoidostomia compreso eventuale intervento di chiusura stomia	€ 18.000,00
Nervi periferici	
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 18.000,00
Interventi sul plesso brachiale	€ 18.000,00
Neurochirurgia	
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 22.500,00
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Apertura di ascesso cerebrale	€ 18.000,00

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 18.000,00
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	€ 22.500,00
Asportazione tumori dell'orbita	€ 18.000,00
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€ 18.000,00
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	€ 18.000,00
Cordotomia e mielotomia percutanea	€ 18.000,00
Cranioplastica	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€ 18.000,00
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€ 18.000,00
Emisferectomia	€ 22.500,00
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	€ 22.500,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	€ 18.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi endorachidei per terapia del dolore (impianto di neuromodulatore) o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	€ 22.500,00
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 18.000,00
Intervento per craniostenosi	€ 18.000,00
Intervento per encefalomeningocele	€ 18.000,00
interventi neurochirurgici per ablazione foci epilettogeni	€ 18.000,00
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	€ 18.000,00
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	€ 18.000,00
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 18.000,00
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 18.000,00
Radiochirurgia gammaknife	€ 18.000,00
Radiochirurgia stereotassica intracranica	€ 18.000,00
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Spondilolistesi (dal II grado e radiologicamente documentata)	€ 18.000,00
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari	€ 18.000,00
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	€ 22.500,00
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	€ 18.000,00
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	€ 18.000,00
Pancreas - Milza	
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite acuta	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite cronica	€ 18.000,00
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreaticata	€ 18.000,00
Splenectomia	€ 18.000,00
Peritoneo	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 18.000,00
Retto - Ano	
Interventi per neoplasie del retto - ano	€ 18.000,00
Operazione per megacolon	€ 18.000,00
Proctocolectomia totale	€ 18.000,00

Proctectomy totale, se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 18.000,00
Stomaco, duodeno	
Plastica anti reflusso (laparotomica o laparoscopica, non endoscopica)	€ 18.000,00
Gastroectomia se allargata	€ 18.000,00
Gastroectomia totale	€ 18.000,00
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 18.000,00
Mega-esofago e esofagite da reflusso	€ 18.000,00
Resezione gastrica	€ 18.000,00
Resezione gastroduodenale per ulcera peptica post-operatoria	€ 18.000,00
Sutura di perforazioni gastriche e duodenali	€ 18.000,00
Torace – parete toracica	
Correzioni di malformazioni parietali	€ 18.000,00
Resezione costali	€ 18.000,00
Toracotomia esplorativa	€ 18.000,00
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con eventuali linfadenectomie associate	€ 18.000,00
Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie	€ 18.000,00
Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella e linfadenectomie associate, qualsiasi tecnica	€ 18.000,00
Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella, qualsiasi tecnica senza altre linfadenectomie associate	€ 18.000,00
CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE	
Labioschisi bilaterale	€ 18.000,00
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€ 18.000,00
Palatoschisi totale	€ 18.000,00
Plastiche per paralisi facciali, anastomosi nervosa da strutture nervose controlaterali o il lembo di muscolo temporale, EMTL procedure (Endoscopically assisted Multiple muscle transposition and Lift)	€ 18.000,00
Push-bach e faringoplastica	€ 18.000,00
Ricostruzione della emimandibola	€ 18.000,00
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 18.000,00
Riduzione frattura orbitaria	€ 18.000,00
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo	€ 18.000,00
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€ 18.000,00
CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)	
Arti	
Malformazioni complesse delle mani (es: sindattilia, polidattilia) per tempo operatorio	€ 18.000,00
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 18.000,00
Ricostruzione del pollice	€ 18.000,00
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 18.000,00
Cranio – faccia e collo	
Gravi e vaste mutilazioni del viso (gravità: interessamento di occhi bocca e naso; vastità: interessamento di più di 1/3 del volto)	€ 22.500,00
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 18.000,00
Torace e addome	
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 18.000,00
Malformazione della gabbia toracica (escluse le malformazioni asintomatiche, come ad esempio il pectus excavatum asintomatico)	€ 18.000,00
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 18.000,00
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 22.500,00
Ricostruzione vaginale	€ 18.000,00
CHIRURGIA VASCOLARE	
Anastomosi mesenterica-cava	€ 18.000,00
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 18.000,00
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 18.000,00
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	€ 18.000,00

Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 18.000,00
Interventi per innesti di vasi	€ 18.000,00
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 18.000,00
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 18.000,00
Legatura vena cava inferiore	€ 18.000,00
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 18.000,00
Sutura arterie periferiche	€ 18.000,00
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 18.000,00
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti (con dettaglio fotografico)	€ 18.000,00
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica cava	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 18.000,00
GINECOLOGIA	
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia) e laparoscopica	€ 18.000,00
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	€ 18.000,00
LARINGE – TRACHEA – BRONCHI - ESOFAGO	
Collo (vedere anche chirurgia generale)	
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 18.000,00
Asportazione di fistole congenite	€ 18.000,00
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€ 18.000,00
Esofagotomia cervicale	€ 18.000,00
Legatura di grossi vasi	€ 18.000,00
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 18.000,00
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€ 18.000,00
Laringe	
Cordectomia per via tirotomica	€ 18.000,00
Interventi per paralisi degli abduttori	€ 18.000,00
Laringectomia parziale	€ 18.000,00
Laringectomia ricostruttiva	€ 18.000,00
Laringectomia sopraglottica	€ 18.000,00
Laringectomia totale	€ 18.000,00
Laringofaringectomia	€ 18.000,00
OCULISTICA	
Bulbo oculare	
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 18.000,00
Orbita	
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	€ 18.000,00
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 18.000,00
Odontocheratoprosi	€ 18.000,00
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero)	€ 18.000,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
Emipelvectomia	€ 18.000,00

Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 22.500,00
Protesi totale per displasia d'anca	€ 22.500,00
OSTETRICIA	
Laparotomia per gravidanza extrauterina	€ 18.000,00
OTORINOLARINGOIATRIA	
Cavo orale e faringe	
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento latero-cervicale	€ 18.000,00
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	€ 18.000,00
Tumori parafaringei	€ 18.000,00
Ghiandole salivari	
Parotidectomia totale con o senza preparazione del facciale	€ 18.000,00
Orecchio esterno	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 18.000,00
Orecchio medio ed interno	
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 18.000,00
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 18.000,00
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 18.000,00
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 18.000,00
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 18.000,00
Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 18.000,00
Distruzione del labirinto	€ 18.000,00
Neurinoma del VIII paio	€ 22.500,00
Sezione del nervo cocleare	€ 18.000,00
Sezione del nervo vestibolare	€ 18.000,00
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 18.000,00
Trattamento delle petrositi suppurate	€ 18.000,00
UROLOGIA	
Apparato genitale maschile	
Amputazione totale del pene	€ 18.000,00
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 18.000,00
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolare	€ 18.000,00
Orchidopessi bilaterale	€ 18.000,00
Orchiectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 18.000,00
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfoadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica)	€ 18.000,00
Rene	
Endopielolitomia per stenosi del giunto piero-uretale	€ 18.000,00
Lombotomia per ascessi pararenali	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 22.500,00
Nefrectomia parziale	€ 18.000,00
Nefrectomia semplice	€ 18.000,00
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 18.000,00
Nefroureterectomia totale	€ 22.500,00
Pielotomia	€ 18.000,00
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 18.000,00
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 18.000,00
Trapianto renale	€ 22.500,00
Surrene	
Surrenalectomia	€ 18.000,00
Uretere	
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 18.000,00

Ureterocistoneostomia con psioizzazione vescicole	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 18.000,00
Ureteroplastica	€ 18.000,00
Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale	€ 18.000,00
Uretra	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 18.000,00
Uretrectomia	€ 18.000,00
Vescica	
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder	€ 22.500,00
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale	€ 18.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileourethroanastomosi	€ 18.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia	€ 18.000,00
Diverticolectomia con U.C.N. (uretero-cisto-neostomia)	€ 18.000,00
Emitrigonectomia	€ 18.000,00
Ileo bladder	€ 18.000,00
Ileo e\o colonicistoplastiche	€ 18.000,00
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 18.000,00
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 18.000,00
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 18.000,00
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 18.000,00
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 22.500,00

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via S. Francesco d'Assisi n. 10, 10122 Torino (TO)
Tel. +39 011 5554015
servizioclienti@pec.intesasanpaoloprotezione.com
comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.
Impresa iscritta al numero 1.00125 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni