

NOMENCLATORE DEL PIANO SANITARIO

PREVISALUTE

Fondo Sanitario Aperto

PIANO SANITARIO Soci e Correntisti delle Banche aderenti ad Assicura Group

Rimborso Spese Mediche

Aderente alla Convenzione n° 100637

PREVISALUTE

Fondo Sanitario Aperto

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol – Loc. Borgo Verde TV - C.F.: 94150010265

PREMESSA

Questo nomenclatore ha l'obiettivo di fornire agli iscritti alla Mutua un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni previste dal Piano Sanitario.

Le prestazioni offerte dalla Mutua PREVISALUTE sono coperte e garantite attraverso una copertura assicurativa con **RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.P.A.**, primaria compagnia specializzata nel settore salute, presente sul mercato italiano.

I servizi di supporto sono erogati da **PREVIMEDICAL**, società di servizi specializzata nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate con Previmedical è disponibile sul sito: www.previsalute.it.

INDICE

❖ DEFINIZIONI	pag. 3
❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DAL PIANO SANITARIO	pag. 8
❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO	pag. 18
❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO	pag. 23
❖ GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	pag. 28
❖ Allegato I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	pag. 32
❖ Allegato II SCHEDE RIASSUNTIVE	pag. 36
❖ DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE	

❖ DEFINIZIONI (in ordine alfabetico)

Aborto spontaneo: interruzione della gravidanza indipendente dalla volontà della madre per cause genetiche, cromosomiche, immunologiche, traumatiche, anomalie uterine, cause materne generali quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo patologie, diabete, ipertensione.

Aborto terapeutico: interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Assicurazione: il contratto stipulato tra la Società e la Mutua, ai sensi del quale quest'ultima si assicura in vista della messa a disposizione dei Piani Sanitari ai propri Assistiti.

Assistenza: aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assistito che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Assistito: ogni beneficiario delle prestazioni previste dal Piano Sanitario, ossia il Titolare del Piano Sanitario e i componenti del relativo Nucleo familiare che siano indicati nominativamente nel modulo di adesione o che siano inclusi in copertura in corso d'anno (nei soli casi previsti).

Associato: il Socio e/o il Correntista delle Banche aderenti ad Assicura Group, titolare e/o contitolare di contratti bancari stipulati con la Banca stessa, il quale abbia aderito a PreviSalute mediante presentazione del modulo di adesione, assumendo la qualifica di socio della Mutua.

Carenza/Termini di aspettativa: il periodo che intercorre tra la data di effetto del Piano Sanitario e l'inizio della copertura.

Cartella Clinica: documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa: la struttura del Service, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dagli Assistiti e a svolgere la gestione amministrativa e contabile e la liquidazione degli eventi in regime rimborsuale e di assistenza diretta. Il Service è Previmedical Spa.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Contributo: la somma dovuta dall'Assistito alla Mutua.

Day Hospital / Day Surgery: La degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura. Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite dai medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica. Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Evento: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la copertura.

Franchigia/Scoperto: parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (franchigia) ed in percentuale (scoperto) sull'ammontare del danno, che rimane a carico dell'Assistito.

Grande Intervento: gli interventi chirurgici elencati nell'Allegato I.

Indennità sostitutiva del rimborso: importo forfettario giornaliero erogato nel caso di ricovero dell'Assistito in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni ricevute in quanto a totale carico del SSN.

Indennizzo: la somma dovuta in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente da una Struttura Sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di "Day Hospital" o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della Struttura Sanitaria. Le suddette prestazioni libero professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) sia presso altre Strutture Sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

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

Malattia terminale: malattia o prognosi infausta per la sopravvivenza dell'Assistito che comporta la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente o a svolgere le comuni attività quotidiane quali: camminare, lavarsi, vestirsi, mangiare, alzarsi dal letto/mettersi a letto).

Malformazione/Difetto fisico: alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente, o sia clinicamente diagnosticata prima della stipula del Piano Sanitario (o dell'ingresso in garanzia).

Massimale: la disponibilità unica, ovvero la spesa massima rimborsabile al Titolare e ai componenti del medesimo nucleo familiare a cui sia stata estesa la copertura per una o più malattie e/o infortuni che danno diritto al rimborso nel periodo di copertura.

Modalità d'indennizzo: Forma diretta: Pagamento dell'indennizzo dovuto direttamente alla struttura sanitaria ed al medico convenzionati;

Forma indiretta: Rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per prestazioni eseguite non in regime di convenzionamento;

Forma Mista: Pagamento parte in forma diretta (indennizzo diretto alla struttura e/o medico convenzionato) parte in forma indiretta (rimborso delle spese da effettuarsi dopo il ricevimento della documentazione per la parte di prestazione eseguita da struttura e/o medico non convenzionato).

Mutua: PREVISALUTE FONDO SANITARIO APERTO – Società di mutuo soccorso, soggetto avente finalità assistenziale, ed abilitato ad assumere la contraenza del programma sanitario anche ai fini degli aspetti fiscali e contributivi di cui all'art. ex-art.15, comma 1, lett. i-bis del TUIR 917/86..

Nomenclatore: il documento che definisce le modalità e i contenuti previsti dal Piano Sanitario prescelto.

Nucleo familiare: il titolare del Piano Sanitario, il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente ai sensi della L 20 maggio 2016 n. 76 ss.mm, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale). Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati.

Parti: le parti del Piano Sanitario, ossia la Mutua e l'Assistito.

Patologia in atto / Patologia preesistente: malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero/Degenza: permanenza in istituto di cura con pernottamento o in Day Hospital/Day Surgery.

Ricovero improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rischio: la probabilità che si verifichi l'evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso previsto dal Piano Sanitario.

Società: la Società assicuratrice RBM Assicurazione Salute S.p.A., in cui la Mutua ha allocato il proprio rischio.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Strutture Sanitarie: 1) Strutture Sanitarie Private/Medici:

a) convenzionate: Strutture e Medici presso le quali l'Assistito può usufruire dell'assistenza diretta (indennizzo pagato direttamente alla Struttura Convenzionata e/o Medico Convenzionato) per prestazioni mediche, interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute per gli eventi garantiti da Previsalute di assistenza mediante il Piano Sanitario.

b) forma mista: Strutture e/o Medico/i presso le quali il pagamento avviene in parte in forma Diretta (indennizzo pagato direttamente alla Struttura e/o Medico Convenzionato), parte in forma indiretta (verrà effettuato il rimborso delle spese sostenute dall'Assistito dopo il ricevimento, da Parte della Centrale Operativa, della documentazione relativa alla prestazione eseguita da Strutture e/o Medico non Convenzionato).

2) Strutture Sanitarie Pubbliche:

- a) prestazioni erogate a totale carico del S.S.N.: Strutture presso le quali l'Assistito beneficia delle prestazioni sanitarie pubbliche;
- b) prestazioni erogate in regime di intramoenia presso strutture sanitarie convenzionate;
- c) prestazioni erogate in regime di intramoenia presso strutture sanitarie non convenzionate.

3) Strutture Sanitarie Private accreditate con il S.S.N.

Strutture Sanitarie Private convenzionate con il S.S.N. nel momento in cui erogano le prestazioni sanitarie non in forma pubblica, bensì in regime privatistico.

4) Strutture Sanitarie Private/Medici NON convenzionate

Titolare: l'associato a PreviSalute che aderisce al Piano Sanitario.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di copertura, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da medico specialista o da 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) o da 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, salvi ulteriori requisiti di legge.

Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

❖ ESTRATTO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE COPERTE DAL PIANO SANITARIO

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A – RICOVERI PER GRANDI INTERVENTI E RICOVERI PER GRAVI PATOLOGIE, RICOVERI CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY SURGERY/ DAY HOSPITAL, INTERVENTO AMBULATORIALE

Prima del ricovero

visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché dette prestazioni siano inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico in day hospital.

Durante il ricovero

accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica; terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali; onorari dell'équipe che effettua l'intervento chirurgico, materiale di intervento (comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito); diritti di sala operatoria; rette di degenza.

Si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di un scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo.

Le spese sostenute per l'utilizzo di Robot verranno riconosciute entro il relativo sub-massimale.

Dopo il ricovero

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata;
- assistenza infermieristica domiciliare resa necessaria dalla non autosufficienza dell'Assistito in conseguenza di intervento chirurgico, infortunio, ictus cerebrale o infarto cardiaco;
- le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da infortunio, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco, dall'intervento chirurgico. Nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare;
- trattamenti di malattie oncologiche.

A.1 – PARTO CESAREO

Si intende compreso in garanzia il parto cesareo nei termini di cui alla lettera A) del presente articolo nel caso in cui l'evento sia determinato da urgenza o comprovato da motivi di salute debitamente certificati da medico curante.

Le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocèle, ernia ombelicale, ecc.) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto Cesareo stesso.

A.2 – ABORTO TERAPEUTICO O SPONTANEO O POST-TRAUMATICO

Sono rimborsabili le sole spese del ricovero indicate nella sezione "Durante il ricovero" di cui alla lettera A) del presente articolo, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero.

A.3 – PARTO NON CESAREO

Sono rimborsabili le sole spese del ricovero indicate nella sezione "Durante il ricovero" di cui alla lettera A) del presente articolo, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero.

In caso di parto non-cesareo domiciliare sono rimborsabili le spese ostetriche ed infermieristiche.

B – CASI PARTICOLARI

Viene garantito il rimborso nei limiti previsti dalla Scheda riassuntiva (vedi Allegato II) le spese sostenute in relazione alle prestazioni sotto descritte.

B.1 TRAPIANTI DI ORGANI

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi.

B.2 RICOVERI PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

I ricoveri per trattamenti fisioterapici a seguito di intervento chirurgico sono riconosciuti una volta all'anno fino ad un massimo di **7 giorni**.

B.3 RICOVERO DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

Sono riconosciute le spese per l'assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture sanitarie all'uopo costituite e legalmente riconosciute.

C – PRESTAZIONI ACCESSORIE

Viene garantito il rimborso nei limiti previsti dalla Scheda riassuntiva (vedi Allegato II) le spese sostenute in relazione alle prestazioni sotto descritte.

C.1 TRASPORTO SANITARIO

Sono riconosciute le spese per il trasporto dell'Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Qualora il ricovero avvenga all'estero (mentre l'Assistito è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell'intervento o per l'alta specializzazione richiesta dallo stesso), sono comprese anche le spese di viaggio in treno o aereo di linea, sostenute da un accompagnatore.

C.2 RETTE DI DEGENZA DELL'ACCOMPAGNATORE

Sono riconosciute le spese per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).

C.3 RIMPATRIO DELLA SALMA

Viene garantito il rimborso le spese per il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero in conseguenza di ricovero indennizzabile a termini di copertura della presente Convenzione.

D – INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora le spese di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta – in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte alle lettere A), B), C) del presente articolo – un'indennità per ciascun pernottamento in istituto di cura, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della

malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

In caso di Day Hospital/Day Surgery la diaria viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Relativamente alle garanzie sopra descritte alle lettere A), B), C), D) del presente articolo, si precisa inoltre quanto segue:

- Le spese relative a ricoveri c.d. impropri, non potranno essere riconosciute nella garanzia ricovero e pertanto non sono indennizzabili a termini di copertura come previsto al punto 14 delle "Esclusioni".
- Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.
- Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - a) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente nel Piano Sanitario, ove previsti;
 - b) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

E - ACCERTAMENTI DI MEDICINA PREVENTIVA

L'Assistito può attivare a sua scelta una volta all'anno solo uno (1) dei sette (7) pacchetti di prevenzione sotto indicati, a condizione che siano trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto precedentemente prescelto.

Gli accertamenti saranno erogati anche in assenza di prescrizione del medico curante o di un medico specialista.

E.1 PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Viene garantito il pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste volte a monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL

- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

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

Cosa occorre fare prima di compilare il questionario

Il questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.

Nella prima pagina del questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

E.2 PREVENZIONE ONCOLOGICA

Viene garantito il pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

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

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

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

E.3 PREVENZIONE PEDIATRICA

Viene garantito il pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione pediatrica prevede una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni

E.4 PREVENZIONE OCULISTICA

Viene garantito il pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione oculistica prevede le seguenti prestazioni:

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

E.5 PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

Viene garantito il pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione delle vie respiratorie prevede le seguenti prestazioni:

- spirometria
- visita pneumologica

E.6 PREVENZIONE DERMATOLOGICA

Viene garantito il pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione dermatologica, volto a controllare le lesioni nevice e verificare che non ce ne siano di sospette, prevede le seguenti prestazioni:

- visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia

E.7 PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

Viene garantito il pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione otorinolaringoiatrica prevede le seguenti prestazioni:

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

F - PROTESI ANATOMICHE ED APPARECCHI ACUSTICI

Viene garantito il rimborso delle spese sostenute per:

- l'acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche;
- l'acquisto di amplificatori acustici;
- il noleggio di apparecchiature per emodialisi;
- l'acquisto o il noleggio di erogatori portatili di ossigeno per la terapia di malattie bronco polmonari.

G - PRESTAZIONI FUORI RICOVERO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Viene garantito il rimborso inoltre delle spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dell'Istituto di cura.

- ECOGRAFIA;
- DOPPLER;
- ECOCARDIOGRAFIA;
- ELETTROCARDIOGRAFIA;
- ELETTROENCEFALOGRAFIA;
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE;
- TAC;
- ELETTROMIOGRAFIA.

H - VISITE SPECIALISTICHE

Viene garantito il pagamento delle visite specialistiche (escluse odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche).

Qualora venga effettuato e fatturato contestualmente alla visita specialistica un accertamento diagnostico diverso da quelli indicati alla precedente lettera H “Prestazioni fuori ricovero di alta specializzazione”, verrà effettuato il rimborso della sola visita specialistica, rimanendo a carico dell’Assistito l’ulteriore costo riportato in fattura.

Si precisa che il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore. In caso contrario sarà tassativamente necessario allegare il referto per ciascuna prestazione svolta. Il referto non è necessario in caso di pagamento diretto.

I - LENTI

Viene rimborsato l’acquisto di lenti correttive di vizi della vista, clinicamente accertati, escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari per il recupero dell’attività di socializzazione volti a favorire stili di vita attivi.

J - CURE DENTARIE

A) Prestazioni di Implantologia

La garanzia opera nel caso di applicazione di uno o più impianti, senza alcuna limitazione dell’entità della liquidazione anche nel caso di effettuazione di più impianti da parte dell’Assistito.

Rientrano in copertura il posizionamento dell’impianto, l’elemento provvisorio e il perno moncone relativi all’impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l’installazione dell’impianto/i.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l’Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all’ Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente alle Strutture Convenzionate, lasciando a carico dell’Assistito esclusivamente una franchigia fissa di € 800,00 per ciascun impianto.

B) Avulsione (estrazione denti)

È previsto il pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l’effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l’Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente alle Strutture Convenzionate al netto di una franchigia fissa di € 35,00 per ogni avulsione semplice ed una franchigia fissa di € 120,00 per ciascuna avulsione complessa.

C) Altre cure dentarie

È previsto anche il pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che vengono liquidate in misura integrale direttamente alle Strutture Convenzionate al netto delle franchigie previste.

Prestazione	Franchigia
CONSERVATIVA	
Sigillatura (per ogni dente)	€ 25,00
Cavità di 5ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 1ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 2ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 3ª classe di BLACK	€ 80,00
Cavità di 4ª classe di BLACK	€ 80,00
Incappucciamento della polpa	€ 37,00
Intarsio L.P. – Inlay od onlay	€ 250,00
Intarsio in ceramica	€ 300,00
Intarsio in composito	€ 200,00
Ricostruzione di angoli	€ 70,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 125,00
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	€ 70,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 80,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 130,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 175,50
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 270,00
Ritrattamento monocalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 100,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 150,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 195,50
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 290,00
CHIRURGIA	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 73,00
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 155,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	€ 100,00
Asportazione cisti mascellari	€ 259,00

Asportazione di epulide	€ 93,00
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	€ 130,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc.	€ 207,00
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 181,00
Frenulotomia o frenulectomia	€ 37,00
Biopsie (qualunque numero)	€ 52,00
PROTESICA	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 225,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 110,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 850,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 250,00
Gancio su scheletrato	€ 40,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 150,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	€ 800,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 60,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 395,50
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 500,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 600,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 50,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 135,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 60,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 55,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 160,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 340,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 189,00
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 350,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 55,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 35,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	€ 70,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 20,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 50,00
ORTOGNATODONZIA	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno	€ 1.000,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno	€ 690,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 70,00
Bite notturno	€ 250,00

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA	
Levigatura delle radici/o courettage gengivale	€ 45,00
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 25,00
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€ 25,00
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	€ 20,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti)	€ 120,00
Placca di svincolo	€ 217,00
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	€ 52,00
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	€ 175,00
Gengivectomia per dente	€ 50,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 186,00
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 259,00
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	€ 100,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante	€ 326,00
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 388,00
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	€ 434,00
Lembo gengivale semplice	€ 200,00
Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	€ 260,00
DIAGNOSTICA	
Radiografia endorale (ogni due elementi)	€ 16,00
Radiografia endorale per arcate	€ 42,00
Bite wings	€ 20,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	€ 11,00
Ortopantomografia od ortopantomografia	€ 30,00
Teleradiografia	€ 42,00
Dentalscan 1 arcata	€ 181,00
Dentalscan 2 arcate	€ 259,00
Esame elettromiografico	€ 180,00
Esame Kinesiografico	€ 200,00

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente alle Strutture Convenzionate al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione.

D) Prevenzione Odontoiatrica

È previsto il pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in Strutture Convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.
Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assistito, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi, ecc.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

È previsto il pagamento delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio, massimo una volta l'anno in Strutture Convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa. L'Assistito, previo invio del certificato di pronto soccorso, dovrà quindi avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assistiti.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente alle Strutture Convenzionate senza applicazione di alcuna franchigia a carico dell'Assistito.

Neonati

Il Piano Sanitario si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Mutua venga effettuata entro 30 (trenta) giorni dalla nascita purché sia successiva al periodo di aspettativa della mamma. Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita e a decorrere dal termine dell'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma ed entro il limite massimo di € 30.000.

❖ NORME GENERALI CHE REGOLANO IL PIANO SANITARIO

PERSONE COPERTE DAL PIANO SANITARIO

Il presente Piano Sanitario è rivolto ai soci e ai correntisti delle Banche aderenti ad Assicura Group, che abbiano aderito alla Mutua. Tali soggetti, in qualità di Titolari del Piano Sanitario, possono altresì estendere la copertura prevista dal Piano, dietro versamento del relativo contributo, ai componenti del loro Nucleo familiare, che acquisiscono così la qualifica di Assistiti.

Fatti salvi i termini di aspettativa previsti al punto “Termini di aspettativa” le garanzie sono operanti:

- a) dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo al mese di adesione al Piano Sanitario;
- b) dalla nascita, per i figli legittimi purché la comunicazione alla Mutua venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita. Per questi, a parziale deroga dei “Termini di aspettativa”, si conviene fra le Parti che i figli legittimi nati nel periodo intercorrente tra la data di adesione e l’inizio dell’efficacia delle prestazioni sono soggetti, per le malattie, all’eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma.

CONTRIBUTO

Il contributo dovrà essere versato dall’Associato, Titolare del Piano Sanitario, alla Mutua mediante addebito automatico sul conto corrente del Titolare (modalità SDD). Il contributo dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato, oppure mediante pagamento mensile.

INCLUSIONE DI NUOVI FAMILIARI IN CORSO D’ANNO

L’inclusione di familiari in corso d’anno, in un momento successivo alla decorrenza del Piano Sanitario, non è consentita ad eccezione di quanto previsto al punto “Neonati”, purché sia già corrisposto un contributo per Nucleo Familiare. Nel caso di variazione della composizione del Nucleo Familiare assistito (matrimonio, ecc.), il Piano Sanitario si intende automaticamente operante, con adeguamento del contributo nel caso ci sia un passaggio da single a nucleo, nei confronti dei nuovi Assistiti dal 01.01 successivo alla variazione.

CESSAZIONE DELLA QUALIFICA DI “ASSISTITO” NEL CORSO DEL PERIODO DI COPERTURA

Si conviene fra le Parti che il Piano Sanitario mantiene la sua validità fino al termine del periodo di copertura in corso, anche nel caso in cui:

- il titolare del Piano Sanitario perda la qualifica di Socio o di Correntista delle Banche aderenti ad Assicura Group nel corso del periodo di copertura;
- per le persone che raggiungano l’ottantesimo anno d’età in corso di copertura secondo quanto previsto al punto “Limiti di età – Persone non garantite”;
- per perdita dei requisiti nel caso di familiari del nucleo familiare di base.

Nei casi sopra citati, nel caso in cui il nucleo si riduca, nell’annualità successiva ci sarà un adeguamento del contributo nel passaggio da nucleo a single.

EFFETTO E DURATA DELLA COPERTURA

La copertura decorre dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo alla data di adesione, salvo buon fine (SBF) dell’incasso del contributo o della prima rata di contributo; si precisa che il pagamento delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l’Assistito si avvalga di Strutture Convenzionate non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

Se il Titolare non paga il contributo annuale o la prima rata mensile, la copertura resta sospesa dalle ore 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi dell’art. 1901 del Codice Civile.

Per le rate successive alla prima è concesso un termine di mora di 30 giorni trascorsi i quali la copertura resta sospesa e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno del pagamento del contributo e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite dal contratto.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra, la Mutua ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione, fermo il diritto al contributo scaduto nonché di richiederne l'esecuzione.

Il contributo è sempre determinato per periodi di copertura di un anno.

Il versamento del contributo o della prima rata di contributo dovrà essere effettuato entro il primo giorno del mese successivo all'adesione al Piano Sanitario. In caso di pagamento mensile, i versamenti delle rate successive di contributo dovranno essere effettuati entro la prima decade di ciascun mese per l'intera durata del contratto.

RIDUZIONE CONTRIBUTO

L'assistito con la sottoscrizione del Piano Sanitario riceve in dotazione un tracker che, attraverso il monitoraggio continuativo per almeno sei mesi ed entro i parametri previsti per il raggiungimento degli obiettivi (valutati sulla base della raccolta dati del dispositivo), da diritto all'applicazione di un'ulteriore riduzione del 5% del contributo sull'annualità successiva, ripetibile su base annua e così suddivisa:

- a) riduzione del 2% che viene acquisita ogni anno sulla tariffa ordinaria dopo i primi 6 mesi di monitoraggio;
- b) ulteriore riduzione del 3% in caso di raggiungimento su base annuale dei parametri previsti.

Nel secondo quinquennio, in caso di monitoraggio continuativo da parte dell'assistito del proprio stato di salute (che corrisponda ad una acquisizione in ciascuna annualità almeno del 2%) il 3% legato al raggiungimento degli obiettivi viene incrementato ad un 5% (per un totale annuo di scontistica del 7%).

Il meccanismo trova applicazione anche dal terzo quinquennio in poi con un innalzamento dello sconto per obiettivi al 7% (per un totale annuo del 9%).

Qualora dal secondo quinquennio in poi l'assistito interrompa anche per una sola annualità la continuità di monitoraggio, il suo sconto per il raggiungimento degli obiettivi sarà riportato indietro alla classe del quinquennio precedente.

CARENZA/TERMINI DI ASPETTATIVA

La copertura decorre:

- per gli infortuni, gli accertamenti di medicina preventiva e le cure, dal momento in cui ha effetto il Piano Sanitario;
- per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia, dal **30°** giorno successivo al momento in cui, ha effetto il Piano Sanitario;
- per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia, dal **90°** giorno successivo al momento in cui ha effetto il Piano Sanitario;
- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal **271° giorno successivo** al momento in cui ha effetto il Piano Sanitario.
- per l'aborto terapeutico o spontaneo post-traumatico, la garanzia è operante dal momento in cui ha effetto il Piano Sanitario, soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto il Piano Sanitario stesso.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano Sanitario

PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dalla copertura le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza del Piano Sanitario. Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assistito al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

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

TACITO RINNOVO

In mancanza di disdetta, che deve essere comunicata tramite raccomandata A/R almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza del Piano Sanitario, la copertura è prorogata per un anno e così successivamente.

LIMITI DI ETÀ - PERSONE NON GARANTITE

Non possono aderire al Piano Sanitario le persone di età superiore a 75 anni. Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento del 75° anno di età il Piano Sanitario potrà essere rinnovato fino al termine del periodo di copertura in cui l'assistito raggiunge l'80° anno di età. E' possibile estendere il piano fino a 85 anni solo nel caso in cui la persona è in copertura da almeno 7 anni continuativi. In caso di disdetta del Piano Sanitario dopo il 75° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Non possono aderire al Piano Sanitario le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità del Piano Sanitario la copertura cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile. È prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

ALTRE COPERTURE/ASSICURAZIONI

L'Assistito deve comunicare per iscritto alla Mutua l'esistenza e la successiva stipulazione di altri Piani Sanitari o di coperture assicurative di ogni genere in essere per lo stesso rischio, anche con altri Enti, Casse, Fondi Integrativi sanitari. In caso di sinistro, l'Assistito deve darne avviso a tutti i soggetti con i quali ha stipulato i suddetti Piani Sanitari/coperture assicurative, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

CONTROVERSIE: MEDIAZIONE

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

Il Titolare dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di RBM Assicurazione Salute S.p.A., Ufficio Reclami, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DEL PIANO SANITARIO – PRESTAZIONI MEDICHE

Esclusioni

Il Piano Sanitario non comprende le spese per:

1. le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza della garanzia.
2. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
3. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
4. gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
6. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di copertura;
7. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
8. Ricoveri in lungodegenza;
9. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
10. gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
11. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il ricovero";
12. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
13. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
14. ricoveri impropri;
15. l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia entro il primo anno di età secondo quanto previsto all'art. 14 "Neonati" delle CGA;
16. infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
17. le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali;
18. gli infortuni derivanti da sports aerei o da partecipazione a corse/gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);

19. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
20. gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
21. l'aborto volontario non terapeutico;
22. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche;
23. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
24. l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
25. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
26. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito;
27. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
28. le conseguenze di guerra, insurrezione, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
29. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
30. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
31. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS);
32. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

❖ LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicato nella sezione "GUIDA AI SERVIZI PREVIMEDICAL".

Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Mutua non appena ne abbia la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici ed qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità del Piano Sanitario, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Mutua e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'Assistito;
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire);
- in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'Assistito è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Mutua alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno del presente Nomenclatore.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assistito è obbligato a comunicare alla Mutua il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assistito è tenuto a trasmettere alla Mutua il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assistito si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Centrale Operativa con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

Si precisa che, ferma la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa in caso di ricovero/Day Hospital con o senza intervento, la prenotazione presso le Strutture Ospedaliere dovrà essere effettuata unicamente dalla Centrale Operativa.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.previsalute.it.

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicata nella sezione "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA, MISTA E REGIME RIMBORSUALE".

Si precisa che l'eventuale scoperto per le spese pre e post di un ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero/day-hospital/intervento ambulatoriale.

Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

Il rimborso viene corrisposto a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché da:

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere;
- 3) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- 4) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio. In caso di cure dentarie da infortunio (se previste dal Piano Sanitario) le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere

oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);

- 5) certificato del medico oculista attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti, intendendosi comunque escluse le lenti a contatto e le protesi sostitutive oculari. Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46;
- 6) le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso.

Inoltre, l'Assistito a fronte di specifica richiesta da parte della Centrale Operativa, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso. Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Le prestazioni suddette devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Assistenza mista

In caso di utilizzo di strutture o équipe medica non convenzionate (assistenza "mista": per esempio pagamento diretto alla struttura convenzionata e pagamento a rimborso per le spese dell'équipe medica non convenzionata), la centrale stessa comunicherà la presa in carico dei costi esclusivamente per la parte in convenzione, mentre il costo delle strutture/équipe medica non convenzionate sarà sostenuto direttamente dall'Assistito, il quale potrà richiederne il rimborso secondo quanto previsto dalle condizioni del Piano Sanitario.

Restano a carico dell'Assistito le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti nel Piano Sanitario nonché le prestazioni non garantite ai sensi del presente Nomenclatore.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.previsalute.it.

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta, mista e rimborsuale è indicata nell'Allegato III "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA, MISTA E REGIME RIMBORSUALE".

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di Pagamento Diretto qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità del Piano Sanitario o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inefficacia del Piano stesso o l'inoperatività delle relative garanzie, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'istituto di cura se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Livelli di servizi minimi garantiti

PreviSalute ritiene che il servizio sia una delle componenti essenziali per garantire una copertura di qualità e per gestire correttamente i rischi assunti. Per questo motivo la Mutua ha elaborato una griglia – sotto riportata – che illustra il livello di servizio che sarà garantito contrattualmente all'Assistito.

ATTIVITÀ	TEMPI MASSIMI DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ
1) AREA DI SERVIZIO RIMBORSI	
Messa in pagamento del rimborso	20 gg. di calendario
2) AREA DI SERVIZIO ASSISTENZA DIRETTA	
Messaggio benvenuto call center	entro 1 secondo
Tempo di risposta call center/centrale operativa	90% in 70 secondi
Tempo di risposta call center/centrale operativa mailing	48 h
Problem solving I° livello assistenza	entro 6 h
Problem solving II° livello assistenza	entro 12 h
Problem solving III° livello assistenza	entro 24 h
Garanzia di presa in carico della richiesta	entro 48 h. lavorative di preavviso
3) AREA DI SERVIZIO BUSINESS CONTINUITY	
Ricostruzione dati e procedure (sito remoto)	entro 48 h evento
Piena ripresa funzionalità	entro 72 h evento

Penali a favore dell'Assistito

PRESTAZIONI A RIMBORSO

1) Prestazioni Ospedaliere

Tempo Massimo di Rimborso: 30 giorni lavorativi dalla data di arrivo della richiesta dell'Assistito (data protocollo). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

Penale: è prevista una penale in favore dell'Assistito pari allo 0,025% del rimborso spettante all'Assistito per le prestazioni ospedaliere effettuate per ogni giorno di ritardo successivo al Tempo Massimo. Tale importo sarà liquidato direttamente all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assistito.

Nota Bene: Il rimborso si intende concluso nel giorno della data liquidazione da parte della Mutua (data chiusura pratica) I tempi bancari per l'accredito dell'importo rimborsato non rientrano nel livello di servizio garantito dalla **Mutua**. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assistito penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

2) Prestazioni sanitarie diverse dalla Ospedaliere

Tempo Massimo di Rimborso: 20 giorni lavorativi dalla data di arrivo della richiesta dell'Assistito (data protocollo). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

Penale: è prevista una penale in favore dell'Assistito pari allo 0,05% del rimborso spettante all'Assistito per le prestazioni ospedaliere effettuate per ogni giorno di ritardo successivo al Tempo Massimo. Tale importo sarà liquidato direttamente all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assistito.

Nota Bene: Il rimborso si intende concluso nel giorno della data liquidazione da parte della Mutua (data chiusura pratica). I tempi bancari per l'accredito dell'importo rimborsato non rientrano nel livello di servizio garantito dalla **Mutua**. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assistito penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

❖ GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI

La presente guida sintetica riepiloga esclusivamente le principali fasi del processo di attivazione della copertura sanitaria.

NOTA BENE: DISPOSIZIONI RELATIVE ALLE PRESTAZIONI EFFETTUATE TRA DUE ANNUALITÀ

Tutte le prestazioni sanitarie/odontoiatriche o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato esercizio saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di copertura, dal momento che la patologia oggetto di copertura ed il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'assistito.

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE (PAGAMENTO DIRETTO E MISTO)	
PER PRESTAZIONI OSPEDALIERE ED EXTRAOSPEDALIERE (ESCLUSE DENTARIE)	
Fase 1	Il medico di base o lo specialista ti prescrive la prestazione da effettuare.
Fase 2	<p>Prenota la prestazione presso una delle Strutture Convenzionate. L'elenco delle strutture è consultabile sul sito www.previsalute.it.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contatta con un preavviso di 48 ore lavorative la Centrale Operativa utilizzando App dedicata/Web (Area Riservata) o numero verde 800.90.13.23 da telefono fisso o da telefono cellulare (+39 0422.17.44.435 per chiamate dall'estero) per ricevere l'autorizzazione ad effettuare le prestazioni con pagamento diretto, comunicando le seguenti informazioni: cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione; - recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione; - struttura convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione ; - data della prestazione; - Dati della prescrizione medica: è sufficiente la lettura della prescrizione con indicazione della prestazione da eseguire e della patologia presunta o accertata. <p>Inoltra tramite app/web/via mail all'indirizzo assistenza.pianisanitari@previmedical.it: o via fax al n. 0422.17.44.935 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, con indicazione della patologia presunta o accertata solo per ricoveri e/o interventi o per prestazioni extraospedaliere su espressa richiesta della Centrale Operativa - il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, nel caso di infortunio.
Fase 3	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - identifica la struttura convenzionata più idonea in funzione della tipologia di prestazione ospedaliera da eseguire; - in caso di prestazione ospedaliera effettua la prenotazione direttamente alla Struttura Sanitaria dandone conferma all'assistito; - inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a carico dell'assistito.
Fase 4	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - consegna la prescrizione medica; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER OTTENERE IL RIMBORSO IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE NON CONVENZIONATE	
PER PRESTAZIONI OSPEDALIERE ED EXTRAOSPEDALIERE (ESCLUSE DENTARIE)	
Fase 1	Il medico di base o lo specialista ti prescrive la prestazione da effettuare.
Fase 2	Esegui la prestazione presso una delle Strutture NON Convenzionate saldando in toto le spese per le prestazioni eseguite.
Fase 3	<p>Compila in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allega <i>in fotocopia</i> la seguente documentazione giustificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, con indicazione della patologia presunta o accertata, predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato - direttamente o indirettamente - la prestazione; qualora il medico sia il medesimo che ha eseguito la prestazione inoltre il relativo referto; - referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, nel caso di infortunio; - cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) in caso di ricovero, anche in Day hospital; - relazione medica in caso di interventi ambulatoriali; - certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, certificato di conformità rilasciato dall'ottico in caso di acquisto lenti; - copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.) - in caso di trattamenti fisioterapici: <ol style="list-style-type: none"> 1. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata; 2. indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione; - ogni altra documentazione necessaria; - Fatture, notule e ricevute fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente, emesse da Istituto di Cura o da Centro Medico. <p>Invia la documentazione a:</p> <p>PreviSalute – Fondo Sanitario Aperto Ufficio liquidazioni Via Enrico Forlanini, 24 Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV),</p> <p>In alternativa potrai trasmettere on-line le richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa accedendo alla tua area riservata dal sito www.previsalute.it;</p>
Fase 4	<p>La Società:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - provvede alla liquidazione della richiesta di rimborso, eccetto eventuali quote a tuo carico.

**COSA FARE PER POTER ACCEDERE
ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE (PAGAMENTO DIRETTO)
- Autorizzazione della prima visita ed ablazione tartaro -**

Fase 1	<p>Se vuoi accedere alle cure dentarie devi preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata/Web (Area Riservata) o Numero verde 800.90.13.23 da telefono fisso o da telefono cellulare (+39 0422.17.44.435 per chiamate dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere con la prima visita con ablazione del tartaro, comunicando le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione; - recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione; - nome del dentista convenzionato presso il quale verrà effettuata la prestazione; - data della prestazione. <p>Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici.</p> <p>La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico, autorizzando la prima visita ed ablazione tartaro.</p> <p>Per l'effettuazione della prima visita non è necessario disporre della prescrizione.</p>
Fase 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - ti inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a tuo carico.
Fase 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE (PAGAMENTO DIRETTO) - Autorizzazione di eventuali ulteriori prestazioni (solo dopo la prima visita) -	
Fase 1	<p>In seguito alla prima visita, qualora si rendessero necessarie eventuali ulteriori prestazioni, dovrai preventivamente (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) contattare personalmente la Centrale Operativa di Previmedical utilizzando App dedicata / Web (Area Riservata) o Numero verde 800.90.13.23 da telefono fisso o da telefono cellulare (+39 0422.17.44.435 per chiamate dall'estero) per richiedere l'autorizzazione a procedere alle ulteriori cure, comunicando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prestazione da eseguire nel prossimo appuntamento; - il quesito diagnostico o la patologia; - il nome del dentista convenzionato; - data e orario dell'appuntamento. Qualsiasi modifica relativa alla data dell'appuntamento dovrà essere comunicata preventivamente dall'Assistito (almeno 48 ore prima dell'appuntamento) alla Centrale Operativa. <p>Inoltre dovrai trasmettere copia della prescrizione medica.</p> <p>Nel caso fossero necessari ulteriori trattamenti, dovrai di volta in volta richiederne l'autorizzazione alla Centrale Operativa singolarmente, con le predette modalità.</p> <p>Non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano dagli Studi Odontoiatrici.</p> <p>La Centrale Operativa di Previmedical invierà l'apposito modulo di presa in carico allo studio odontoiatrico per le prestazioni autorizzate</p> <p>Riceverai l'autorizzazione alla prestazione richiesta a mezzo sms o e-mail, che dovrai portare con sé il giorno dell'appuntamento.</p>
Fase 2	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - ti inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a tuo carico.
Fase 3	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

❖ Allegato I –ELENCO GRANDI INTERVENTI

CHIRURGIA GENERALE

COLLO

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale;
Resezioni e plastiche tracheali;
Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale.

ESOFAGO

Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale;
Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia;
Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale;
Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo-cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia;
Esofagogastropastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica;
Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia;
Esofagectomia per via toracoscopica;
Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago;
Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiale;
Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica;
Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

TORACE

Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraclaveare e/o mediastinica;
Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino;
Tumectomia per via toracica o toracoscopica;
Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie;
Pleurectomie e pleuropneumonectomie;
Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica;
Resezioni bronchiali con reimpianto;
Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche;
Toracoplastica: I e II tempo;
Exeresi per tumori delle coste o dello sterno.

PERITONEO

Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

STOMACO - DUODENO – INTESTINO TENUE

Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica;
Gastrectomia totale con linfadenectomia;
Interventi di riconversione per dumping syndrome;
Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias;
Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias;
Resezione intestinale per via laparoscopica.

COLON - RETTO

Emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica;
Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia;
Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica;
Resezione rettocolica con anastomosi colo- anale per via tradizionale o laparoscopica;
Proctocolectomia con anastomosi ileo- anale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica;
Amputazione del retto per via addomino-perineale;
Microchirurgia endoscopica transanale;
Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica.

FEGATO E VIE BILIARI

Resezioni epatiche maggiori e minori;
Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale;
Colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria;

Anastomosi bilio-digestive;
Reinterventi sulle vie biliari;
Chirurgia dell'ipertensione portale
a) interventi di derivazione
- anastomosi porto-cava;
- anastomosi spleno-renale;
- anastomosi mesenterico-cava;
b) interventi di devascolarizzazione
- legatura delle varici per via toracica e/o addominale;
- transezione esofagea per via toracica;
- transezione esofagea per via addominale;
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale;
- transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica.

PANCREAS – MILZA - SURRENE

Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfoadenectomia;
Pancreatectomia totale con o senza linfoadenectomia;
Derivazioni pancreato-Wirsung digestive;
Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas.

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare;
Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito-zigomatiche comprese);
Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale;
Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore;
Resezione del mascellare superiore per neoplasia;
Resezione della mandibola per neoplasia;
Ricostruzione della mandibola con innesti ossei;
Ricostruzione della mandibola con materiale allo plastico.

CARDIOCHIRURGIA

Ablazione transcateretere;
Angioplastica coronarica;
By-pass aorto-coronarico;
Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia;
Commissurotomia per stenosi mitralica;
Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci;
Pericardiectomia totale;
Resezione cardiaca;
Sostituzione valvolare con protesi;
Sutura del cuore per ferite;
Valvuloplastica.

NEUROCHIRURGIA

Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali;
Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia;
Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo;
Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia;
Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia;
Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale;
Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali;
Craniotomia per neoplasie endoventricolari;
Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria;
Biopsia cerebrale per via stereotassica;
Asportazione di tumori orbitali per via endocranica;
Derivazione ventricolare interna ed esterna;
Craniotomia per ascesso cerebrale;
Intervento per epilessia focale;
Cranioplastiche ricostruttive;
Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali;
Interventi per ernia discale toracica;

Interventi per ernia discale lombare;
Laminectomia decompressiva ed esplorativa;
Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari;
Intervento chirurgico per neoplasie dei nervi periferici.

CHIRURGIA VASCOLARE

Interventi sull'aorta toracica e/o addominale;
Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali);
Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali);
Interventi sulle arterie viscerali o renali;
Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali);
Interventi di rivascularizzazione extra-anatomici;
Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta;
Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo;
Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass;
Intervento per fistola aorto-enterica;
Interventi sulla vena cava superiore o inferiore;
Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale);
Trattamento dell'elefantiasi degli arti.

CHIRURGIA PEDIATRICA

Trattamento dell'atresia dell'esofago;
Trattamento di stenosi tracheali;
Trattamento di ernie diaframmatiche;
Trattamento delle atresie delle vie biliari;
Intervento per megacolon;
Intervento per atresia anale;
Intervento per megauretere.

CHIRURGIA ORTOPEDICA

Artrodesi grandi segmenti;
Artrodesi vertebrale per via anteriore;
Artroprotesi totale di ginocchio;
Artroprotesi di spalla;
Artroprotesi di anca parziale e totale;
Disarticolazione interscapolo toracica;
Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino;
Emipelvectomy;
Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi;
Osteosintesi vertebrale;
Trattamento cruento dei tumori ossei.

CHIRURGIA UROLOGICA

Nefrolitotrixxia percutanea (PVL);
Litotrixxia extracorporea;
Nefrectomia polare;
Nefrectomia allargata;
Nefroureterectomia;
Derivazione urinaria con interposizione intestinale;
Estrofia vescicale e derivazione;
Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovesica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica;
Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale;
Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale;
Enterocistoplastica di allargamento;
Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica;
Prostatectomia radicale con linfadenectomia;
Plastiche per incontinenza femminile;
Resezione uretrale e uretrorrafia;
Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale.

CHIRURGIA GINECOLOGICA

Vulvectomy allargata con linfadenectomia;
Creazione di vagina artificiale;
Exenteratio pelvica;
Isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia;
Isterectomia radicale per via vaginale;
Interventi sulle tube in microchirurgia;
Laparotomia per ferite o rotture uterine;
Isterectomia per via laparoscopica.

CHIRURGIA OCULISTICA

Vitrectomia anteriore e posteriore;
Trapianto corneale a tutto spessore;
Iridocicloretrazione;
Trabeculectomia;
Cerchiaggio per distacco di retina.

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

Parotidectomia con conservazione del facciale;
Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento;
Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare;
Asportazione tumori parafaringei;
Svuotamento funzionale o demolitivo del collo;
Chirurgia dell'otite colesteatomatosa;
Neurectomia vestibolare;
Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico;
Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico;
Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare;
Petrosectomia;
Laringectomia sopraglottica o subtotale;
Laringectomie parziali verticali;
Laringectomia e faringolaringectomia totale;
Exeresi fibrangioma rinofaringeo;
Resezioni del massiccio facciale per neoplasie maligne.

Si considerano "GRANDI INTERVENTI" anche:

- il trapianto e l'espanto di organi
- ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).

❖ **Allegato II- SCHEDE RIASSUNTIVE**

Massimali/somme garantite, scoperti e franchigie che verranno concordate per le singole opzioni

N.B.: Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

GARANZIA	Massimali/Sub-massimali (Anno/Nucleo) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-B-C-D)	
MASSIMALE	€ 400.000
Sub massimali Ricoveri in forma indiretta e in forma mista	€ 100.000
A) RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI, RICOVERI PER GRAVI PATOLOGIE, RICOVERO CON E SENZA INTERVENTO, DAY SURGERY/DAY HOSPITAL A.1) PARTO CESAREO Condizioni: - In Network - Fuori Network - Regime misto: <input type="checkbox"/> In Network <input type="checkbox"/> Fuori Network - SSN diverso da Intramoenia	franchigia € 1.500 - in caso di Grandi Interventi € 500 35% min. € 2.500 franchigia € 1.500 - in caso di Grandi Interventi € 500 35% min. € 2.500 15%
A.2) ABORTO TERAPEUTICO O SPONTANEO O POST-TRAUMATICO Condizioni: - In Network - Fuori Network - Regime misto: <input type="checkbox"/> In Network <input type="checkbox"/> Fuori Network - SSN diverso da Intramoenia	nessuno scoperto e/o franchigia 35% min. € 600 nessuno scoperto e/o franchigia 35% min. € 600 nessuno scoperto e/o franchigia
A.3) PARTO NON CESAREO ANCHE DOMICILIARE Condizioni:	nessuno scoperto e/o franchigia
Materiale intervento	30%
Limite Robot	€ 3.000
Pre/post	90/120 (90/180 in caso di trattamenti di malattie oncologiche)
Sub massimali Parto Cesareo Aborto terapeutico o spontaneo o post- traumatico Parto non cesareo anche domiciliare	€ 5.200 per evento € 2.100 per evento € 550 per evento
B.1) TRAPIANTI	Come previsto al punto A
B.2) RICOVERO PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI	1 volta all'anno, max. 7 gg.
B.3) RICOVERO DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE	€ 110 al giorno, max. 60 gg.
C.1) TRASPORTO SANITARIO Trasporto con eliambulanza Trasporto all'Estero ed eventuale accompagnatore	€ 520 elevato a € 2.600 elevato a € 1.600

C.2) RETTA ACCOMPAGNATORE	60 al giorno, max. 20 gg.
C.3) RIMPATRIO SALMA	€ 2.100
D) INDENNITA' SOSTITUTIVA SSN Neonati	€ 80 al giorno, max. 100 gg. fino a 1 anno, max. € 30.000
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (E-F-G-H-I-J)	
E) ACCERTAMENTI DI MEDICINA PREVENTIVA Massimale Condizioni:	€ 150 1 a scelta fra 7 check up 100%
F) PROTESI ANATOMICHE ED APPARECCHI ACUSTICI Condizioni:	€ 1.000 nessuno scoperto e/o franchigia
G) PRESTAZIONI FUORI RICOVERO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE (da elenco) Condizioni:	€ 1.000 20% min. € 50
H) VISITE SPECIALISTICHE Condizioni: ○ - In Network ○ - Fuori Network ○ - Ticket SSN	€ 1.000 franchigia € 30 per visita scoperto 20% min. € 50 per visita nessuno scoperto e/o franchigia
I) LENTI	€ 100
J) CURE DENTARIE Massimale Condizioni a) Prestazioni di Implantologia <i>Diretta</i> b) Avulsione (Estrazione denti) <i>Diretta</i> c) Altre cure dentarie <i>Diretta</i> d) Prevenzione odontoiatrica <i>Diretta</i> e) Emergenza odontoiatrica <i>Diretta</i>	Illimitato Solo in Network Diretto franchigia € 800 per impianto franchigia € 35 per estrazione semplice, € 120 per estrazione complessa franchigia differenziata per prestazione 1 volta/anno – al 100% 1 volta/anno – nessuna franchigia

ALLEGATO - INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI – agg. XX/XX/2019

1. DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

I dati oggetto del presente trattamento sono i dati personali forniti - anche per obbligo di legge (1) - da Lei o da altri soggetti (2), anche telefonicamente in fase di contatto con la Centrale operativa, inclusi i dati relativi alla prestazione sanitaria (3).

2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I Suoi dati saranno utilizzati esclusivamente per l'attività assicurativa e liquidativa che la riguarda, incluse, la lavorazione delle richieste di rimborso delle prestazioni effettuate (compresi accertamenti amministrativi e controlli sanitari), la liquidazione delle pratiche sanitarie (indirette e in convenzione diretta) (4), l'esecuzione degli adempimenti normativi, lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto frodi. Per il conferimento dei dati sanitari è necessario il suo consenso e il rifiuto di fornirli può comportare l'impossibilità per Previsalute Fondo Sanitario Aperto (di seguito "Previsalute") di prestare il servizio.

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI E CONSERVAZIONE

I Suoi dati personali non sono soggetti a diffusione, sono trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate necessarie esclusivamente al perseguimento delle finalità di cui al punto precedente e tali da garantirne la sicurezza, la protezione e la riservatezza. I Suoi dati saranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per lo svolgimento delle suddette attività Previsalute trasmette i dati a RBM Assicurazione Salute S.p.A. (la "Compagnia"), che può comunicare alcuni di questi dati ad altri soggetti che svolgono attività strettamente connesse e strumentali all'espletamento dei servizi richiesti (5). I Suoi dati possono inoltre essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattarli per l'esclusivo perseguimento delle finalità sopraindicate.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei potrà conoscere quali sono i Suoi dati trattati presso Previsalute e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare il diritto di farli aggiornare, integrare, limitare, rettificare o cancellare, di opporsi al loro trattamento (6) e di proporre reclamo al Garante Privacy (7).

6. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolare del trattamento è il FONDO SANITARIO APERTO PREVISALUTE.

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) inviando una mail all'indirizzo privacy@previsalute.it, o in alternativa scrivendo all'Ufficio Privacy presso la sede di Previsalute Fondo Sanitario Aperto, Via E. Forlanini, 24 - Loc. Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV). Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa applicabile, Previsalute potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. La versione aggiornata dell'Informativa è disponibile sul sito internet <https://www.previsalute.it>

NOTE

(1) Ad esempio, la disciplina contro il riciclaggio, disposizioni dell'IVASS e del Garante Privacy o per adempimenti in materia di accertamenti fiscali.

(2) Ad esempio, il contraente del piano sanitario che La qualifica come assistito.

(3) Previsalute tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e di contatto, dati di polizza, dati relativi al sinistro che la riguarda e altri dati personali forniti dall'interessato, compresi tra quelli che il GDPR all'Art. 9 indica come "categorie particolari di dati personali" (dati relativi alla salute denominati in precedenza dati "sensibili")

(4) Gestione e liquidazione dei sinistri in regime di assistenza diretta e indiretta.

(5) I soggetti possono svolgere la funzione di Responsabili del trattamento oppure operare in totale autonomia come distinti Titolari di trattamenti aventi le medesime finalità sopra indicate o finalita' ad esse strettamente correlate. Si tratta, tra gli altri, di Fondi sanitari, Casse sanitarie, Società di mutuo soccorso, Compagnie di Assicurazione e Broker - relativamente alle polizze malattia - nei confronti dei quali vengono svolti i servizi amministrativi e liquidativi, nonché strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari, società del gruppo e altre società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio. Vi sono poi organismi istituzionali, nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

(6) Questi diritti sono previsti dal Capo III del GDPR (artt. 15-22).

(7) Qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.