



Cooperazione Salute
società di mutuo soccorso

Piano sanitario

Eticare **Plus**

 **bancaetica**

La salute, una scelta di valore

Cooperazione Salute è la società di mutuo soccorso del sistema di Confcooperative per la sanità integrativa. Dal 2014 La mutua nazionale opera per garantire ogni giorno un sostegno concreto a persone e famiglie, imprese ed enti del terzo settore, per un'attenta tutela della salute e del risparmio. In un contesto in cui crescono e si diversificano le esigenze di cura della popolazione e aumenta la spesa sanitaria in capo ai cittadini, la sanità integrativa rappresenta un supporto indispensabile e sussidiario al Servizio Sanitario Nazionale e alle politiche di welfare del nostro Paese. I risultati ottenuti da Cooperazione Salute nel corso degli anni confermano il modello mutualistico e cooperativo come uno dei protagonisti essenziali a sostegno delle persone e della collettività. Un modello non profit trasparente nel quale le risorse acquisite vengono costantemente ed

esclusivamente reimpiegate a favore degli Aderenti per migliorare le prestazioni e i piani sanitari. Un'alternativa responsabile, trasparente, accessibile, inclusiva e sostenibile nel tempo. La centralità della persona, primo tra i valori cooperativi, costituisce il fulcro del nostro operato e il nostro vero vantaggio competitivo.

La collaborazione con Banca Etica nasce in tale quadro di condivisione di obiettivi e metodo, guidati dalla ferma consapevolezza che salute, benessere, welfare non possono prescindere da un serio impegno e dalla cura verso le persone, i territori e la società nel suo complesso, valori che si collocano all'origine e al cuore della cooperazione.

Perché la Salute è una scelta di valore.

Andrea Ferrandi

Direttore di Cooperazione Salute

Eticare Plus

EDIZIONE 2024

DESTINATARI	SOCI e CLIENTI di Banca Etica già aderenti ad un Piano base individuale che intendono sottoscrivere il piano sanitario aggiuntivo in modalità INDIVIDUALE	
CONTRIBUTO	<i>Il contributo associativo è pari a:</i>	
	SOCIO	CLIENTE
	€ 9,50 al mese € 114 all'anno	€ 10 al mese € 120 all'anno
LIMITI DI ETA'	Il Piano Sanitario è sottoscrivibile da Soci e Clienti di Banca Etica con un'età compresa tra i 18 e i 70 anni . <i>È consentita la permanenza nel Piano Sanitario anche dopo aver superato il settantesimo anno di età.</i>	

SOMMARIO

1. PREMESSE	pag. 5
2. GLOSSARIO	pag. 7
3. ASSISTENZA	pag. 13
4. PRESTAZIONI	pag. 17
3.1 Area RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	pag. 18
3.2 Area SOCIO-SANITARIA	pag. 25
5. NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO	pag. 29
6. ALLEGATI	pag. 40
7. REGOLAMENTO IMA	pag. 44



PREMESSE

L'iscrizione al presente piano sanitario è consentita ai Soci e Clienti di Banca Etica in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto e dal Regolamento applicativo dello Statuto di Cooperazione Salute, sulla base dell'Accordo mutualistico stipulato tra la Banca e la Società di Mutuo Soccorso.

Il piano sanitario ha l'obiettivo di fornire agli aderenti a Cooperazione Salute e agli aventi diritto alla copertura un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni in esso previste.

Cooperazione Salute è una società di mutuo soccorso costituita ai sensi della legge 15 aprile 1886, n. 3818, che ha per scopo la solidarietà sociale e sanitaria ed opera, senza alcuna finalità di lucro, esclusivamente in favore dei propri soci e dei loro familiari, o dei soci di altre SoMS ad essa associate, intendendo far partecipare i medesimi ai benefici della mutualità, con specifica, ancorché non esclusiva, attenzione al settore sanitario, anche attraverso l'istituzione o gestione dei fondi sanitari integrativi di cui al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i..

Cooperazione Salute è in grado di garantire agli Aderenti una copertura sanitaria integrativa, così come previsto e normato dal presente piano, dalla sezione Norme di Attuazione in esso contenute, nonché dallo Statuto e dal Regolamento Applicativo Dello Statuto.

Cooperazione Salute mette a disposizione la propria rete di strutture sanitarie convenzionate in forma diretta ed indiretta al fine di garantire la massima affidabilità ed efficacia nell'assistenza.

La società si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dai Piani, creando una apposita autonoma gestione separata nell'ambito del proprio bilancio, assumendo nella propria gestione mutualistica tutti gli eventuali avanzi o disavanzi gestionali delle medesime coperture per la durata di sottoscrizione dei Piani, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi.



GLOSSARIO

TERMINE	DEFINIZIONE
Accertamento diagnostico:	prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
Aderente:	la persona fisica che sottoscrive un Piano sanitario con Cooperazione Salute assumendo la qualifica di Socio ordinario della Società di Mutuo Soccorso e Aderente al Piano sanitario.
Alta specializzazione:	l'insieme degli esami diagnostici previsti nell'elenco presente nell'omonima Garanzia.
Area Riservata:	portale web di Cooperazione Salute accessibile mediante credenziali personali, ad utilizzo gratuito, a cui è possibile registrarsi soltanto se già Aderenti alla Società. È lo strumento che permette di utilizzare i servizi che Cooperazione Salute offre per usufruire della propria copertura sanitaria integrativa.
Assistenza in forma diretta:	regime per cui l'Aderente accede alle prestazioni garantite dal Piano sanitario presso una struttura convenzionata con il Network di Cooperazione Salute tramite preventiva richiesta alla Società mediante Area Riservata, previa prescrizione del Medico di Medicina Generale o di un Medico specialista, ove non diversamente indicato. L'Aderente è tenuto indenne dal pagamento delle prestazioni fruite presso il Network nei limiti delle somme indicate analiticamente nel Piano sanitario. Eventuali importi ulteriori (es. scoperti, franchigie) restano invece a suo carico e devono essere pagati direttamente alle strutture del Network. L'Aderente può consultare l'elenco delle strutture convenzionate nella sezione Consultazione della propria Area Riservata fruibile nel sito www.cooperazionealute.it - Area Riservata Aderenti - Adesioni Individuali o nell'App di Cooperazione Salute.
Assistenza in forma indiretta:	regime per cui all'Aderente è riconosciuto, sulla base delle previsioni del Piano sanitario: <ul style="list-style-type: none"> • un Rimborso per spese già sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte, previa sottoposizione alla Società dei documenti di spesa e della prescrizione medica del Medico di Medicina Generale o di un Medico specialista, ove non diversamente indicato, nei limiti e nelle modalità previste dal Piano sanitario; • un Indennizzo al verificarsi di un Sinistro previsto dal Piano sanitario.
Assistenza infermieristica:	assistenza offerta da professionista sanitario munito di specifica qualifica riconosciuta dal Ministero della Salute e regolarmente Aderente all'Ordine Professionale tenuto presso la federazione Fnopi.
Assistenza:	aiuto in denaro o in natura fornito all'Aderente che si trovi in difficoltà a causa dell'occorrenza di un evento fortuito.
Avente diritto:	la persona fisica non socia di Cooperazione Salute che beneficia di un Piano sanitario della Società in quanto membro del Nucleo familiare dell'Aderente, previo versamento da parte dell'Aderente del relativo Contributo di adesione, ove previsto dal Piano sanitario.
Carenze contrattuali/ Termini di aspettativa:	il periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza del Piano sanitario e l'effetto della Garanzia.
Cartella clinica:	diario diagnostico-terapeutico avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.

Centrale operativa/ Struttura organizzativa:	la struttura di Cooperazione Salute, composta da personale dotato di competenze tecnico mediche, deputata alla gestione degli adempimenti relativi alle richieste di assistenza formulate dagli Aderenti
Centro medico:	struttura dotata di direzione sanitaria, 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). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica.
Contributo di adesione:	la somma che il soggetto versa a Cooperazione Salute per diventare Socio Ordinario e Aderente al Piano sanitario.
Day Hospital/Day Surgery:	Ricovero in Istituto di cura, di durata inferiore a un giorno e senza pernottamento, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica. La permanenza in Pronto Soccorso non costituisce Day Hospital.
Difetto fisico:	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
Domanda di adesione al Piano sanitario:	modulo consegnato all'Aderente al momento dell'adesione al Piano sanitario, finalizzato alla presentazione formale della domanda di iscrizione del soggetto a Cooperazione Salute e di adesione al Piano sanitario prescelto.
Evento e Data Evento:	Per il Ricovero, anche in regime di Day Hospital/Day Surgery, o l'Intervento ambulatoriale previsti dal Piano sanitario, la data dell'evento coincide con la data del ricovero stesso o dell'intervento in ambulatorio. Per le prestazioni extraospedaliere sanitarie, socio-sanitarie od odontoiatriche: in caso di singola prestazione, la data dell'evento coincide con la data della prestazione stessa, in caso di più prestazioni ricomprese in un Piano sanitario terapeutico, la data dell'evento coincide con la prima prestazione effettuata.
Franchigia:	somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Aderente. Se espressa in giorni, equivale al numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Aderente l'importo garantito; il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.
Garanzia:	individua l'evento dannoso coperto dal Piano sanitario.
Grandi interventi chirurgici:	l'insieme degli interventi chirurgici previsti nell'elenco "Grandi Interventi Chirurgici" allegato al Piano sanitario.
Gravi patologie:	l'insieme delle gravi patologie previste nell'elenco "Gravi Patologie" allegato al Piano sanitario.
Indennità sostitutiva:	indennità forfettaria giornaliera erogata nel caso di Ricovero presso il Sistema Sanitario Nazionale che non comporti spese sanitarie a carico dell'Aderente durante la degenza. Tale indennità è finalizzata a supportare l'Aderente nel percorso di recupero della salute che inizia con il suo rientro al domicilio, ed è quindi da detto momento che il diritto all'indennità matura.
Indennizzo:	somma forfettaria dovuta al verificarsi del sinistro, escludente il Rimborso e l'Assistenza diretta per lo stesso sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili
Intervento ambulatoriale:	intervento di piccola chirurgia senza Ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.

Intervento chirurgico concomitante:	ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.
Intervento chirurgico:	intervento e/o procedura definiti nell'ambito della classificazione degli "interventi chirurgici e procedure diagnostiche terapeutiche" in base a quanto previsto ed indicato dalla classificazione internazionale delle malattie (ICD-9-CM), ed utilizzata dai protocolli sanitari emanati dal Ministero della Salute, che vengono eseguiti in sala operatoria, con la presenza di un medico anestesista e l'assistenza di una equipe operatoria, per i quali sia necessario un ricovero – anche in Day Surgery - in regime ordinario. Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.
Intramoenia:	prestazioni erogate in libera professione, per scelta del paziente, al di fuori del normale orario di lavoro, da medici di una struttura sanitaria pubblica, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche della struttura stessa a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Le prestazioni possono essere svolte in regime ambulatoriale, di day hospital/day surgery o di ricovero, nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).
Istituto di cura:	ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. 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 lungodegenza o per soggiorni o assistenza, le strutture per anziani, i centri del benessere.
Lungodegenza:	degenza ospedaliera riservata ai pazienti che, conclusa la fase acuta del ricovero, necessitano di un prolungamento del regime ospedaliero in quanto le condizioni cliniche generali postumi della patologia di base non consentono l'immediato rientro in ambito domiciliare.
Malattia Mentale:	le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel quinto capitolo "Disturbi psichici" della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM).
Malattia:	qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, non dipendente da Infortunio. La algia di qualsiasi natura, ad esempio la sciatalgia, la lombalgia, la cervicalgia, rappresenta un dolore localizzato o un sintomo ma non una patologia. Non sono considerate patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Aderente deve inviare a Cooperazione Salute non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Aderente, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.
Malformazione:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale:	importo stabilito per anno di copertura e per singola area di Garanzie del Piano sanitario, rappresentante la spesa massima che la Società si impegna a sostenere nei confronti dell'Aderente per le relativa area di Garanzie.
Medico di Medicina Generale (MMG):	alla categoria dei medici di Medicina Generale appartiene: il Medico di Assistenza Primaria, ossia il medico convenzionato con la ASL per l'esercizio della professione nell'ambito dell'assistenza primaria all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (medico di famiglia); il Medico di Continuità Assistenziale (Guardia Medica); il Medico dell'Emergenza - Urgenza; il Medico addetto alla Medicina dei Servizi.
Medico Specialista:	medico chirurgo che ha conseguito una specializzazione universitaria in una particolare disciplina medica o chirurgica, regolarmente Aderente all'Ordine dei Medici.

Network:	rete convenzionata di Cooperazione Salute, costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'Aderente può consultare l'elenco delle strutture convenzionate nella sezione Consultazione della propria Area Riservata fruibile nel sito www.cooperazionealute.it - Area Riservata Aderenti - Adesioni Individuali o nell'App di Cooperazione Salute.
Nucleo familiare:	I soggetti di seguito elencati, riscontrabili nel certificato di stato di famiglia dell'Aderente: <ul style="list-style-type: none"> · coniuge o partner unito civilmente (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato; · convivente di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, comma 36); · figli: legittimi, naturali, riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati.
Optometrista:	professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.
Patologia in atto/ Patologia preesistente:	malattia diagnosticata e/o che abbia reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'entrata in vigore della copertura del Piano sanitario.
Piano sanitario:	· documento che descrive e disciplina il complesso delle Garanzie, delle attività e dei servizi erogabili da Cooperazione Salute all'Aderente e/o all'Avente Diritto.
Piano terapeutico:	documento sottoscritto dall'Aderente comprendente la descrizione dell'insieme della prestazioni che il professionista sanitario convenzionato (ad esempio: medico, odontoiatra, fisioterapista) e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva Presa in carico. Eventuali successive variazioni al Piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova Presa in carico da parte della Società.
Presa in carico:	comunicazione della Società alla Struttura sanitaria convenzionata riguardo alle prestazioni che la Società si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente alla stessa. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel Piano sanitario.
Protesi acustica/ Apparecchio acustico:	dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi congeniti o acquisiti, avente carattere di stabilizzazione clinica.
Protesi ortopedica:	mezzo artificiale che sostituisce nella morfologia e, per quanto possibile, nella funzione un arto mancante o una parte di esso. Sono escluse, per esempio, le ortesi (come collari, tutori, busti, ginocchiere, cavigliere, plantari).
Reclamo/Doglianza:	una dichiarazione di insoddisfazione non generica con cui l'Aderente avanza una specifica pretesa nei confronti della Società relativa alle prestazioni e ai servizi di cui ha usufruito, previsti dal Piano sanitario a cui aderisce. Non sono considerate doglianze le richieste generiche di informazioni o di chiarimenti.
Ricovero improprio:	degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento, non necessaria nel quadro clinico dell'Aderente, durante la quale non sono praticate terapie complesse e sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuabili in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.
Ricovero/Degenza:	permanenza in istituto di cura con pernottamento documentato da cartella clinica e da una scheda di dimissione ospedaliera. La permanenza nel pronto soccorso/astanteria non è considerata ricovero o degenza se non segue il ricovero nello stesso Istituto di cura.
Rimborso:	somma dovuta in caso di Sinistro coperto dal presente Piano sanitario, a fronte di spese sostenute dall'Aderente e previste dal Piano sanitario stesso.

Rischio:	la probabilità che si verifichi un evento dannoso coperto da una garanzia del Piano sanitario.
Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO):	documento per la raccolta delle informazioni relative al paziente dimesso da un Istituto di cura pubblico o privato sul territorio nazionale. La SDO contiene una serie di informazioni desunte dalla cartella clinica del paziente, sia di tipo anagrafico (ad esempio sesso, data e luogo di nascita, comune di residenza), sia clinico (ad esempio diagnosi, procedure diagnostiche, informazioni sul ricovero e la dimissione), nonché informazioni relative alla struttura dove è stato effettuato il ricovero ospedaliero
Servizio Sanitario Nazionale (SSN):	sistema pubblico articolato su più livelli di responsabilità e di governo atto a garantire l'assistenza sanitaria ovvero la tutela o salvaguardia della salute dei cittadini, qualificato dalla legge italiana come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il Sistema Sanitario Nazionale si articola su più livelli di responsabilità: dal livello centrale costituito dallo Stato e dalle istituzioni di rilievo nazionale (ad esempio il Consiglio Superiore di Sanità e l'Istituto Superiore di Sanità) al livello regionale costituito dalle Regioni, dalle Province autonome e dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e aziende ospedaliere.
Società:	Cooperazione Salute - Società di Mutuo Soccorso
Socio Ordinario:	sono soci ordinari i soggetti in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto di Cooperazione Salute, che hanno presentato formale richiesta di iscrizione alla stessa per sé o per i propri famigliari e che hanno ricevuto la conferma di iscrizione da parte di Cooperazione Salute.
Struttura convenzionata:	Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi, centro odontoiatrico e qualsiasi altra struttura sanitaria o socio-sanitaria con cui Cooperazione Salute ha definito un accordo (convenzionamento con il Network) per il pagamento diretto o indiretto delle prestazioni.
Struttura sanitaria privata:	società, istituto, associazione, centro medico e diagnostico e ogni altro ente o soggetto privato, in qualsiasi forma organizzato, che operi nel settore dei servizi sanitari, regolarmente autorizzato all'esercizio delle attività sanitarie (e accreditato, nel caso di erogazione di prestazioni in nome e per conto del SSN) dalle autorità competenti.
Trattamenti fisioterapici riabilitativi:	prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per il recupero di funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio, indennizzabili dal Piano sanitario. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi devono essere effettuati in Centri medici da fisioterapista con laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge, o soggetti con titolo equipollente quali: Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista, diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge). Non rientrano nella definizione e quindi sono escluse dal Piano sanitario le prestazioni: per problematiche estetiche; eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici) o di mantenimento.
Visita specialistica:	prestazione sanitaria effettuata da Medico specialista per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione. Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici di Medicina Generale e Pediatri, e da professionisti non medici (ad esempio il biologo nutrizionista). Rientrano nella definizione, e quindi sono coperte dal Piano sanitario, le visite specialistiche erogate in modalità Telemedicina secondo le linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute.



ASSISTENZA

ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA O E-MAIL

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

Per usufruire dell'Assistenza in Forma Diretta, l'Aderente dovrà seguire l'iter seguente:



Individuare una struttura fra quelle convenzionate: le strutture convenzionate sono disponibili alla sezione Consultazione in Area Riservata.



Contattare la struttura scelta per richiedere una prestazione in forma diretta da parte di un medico/professionista convenzionato con Cooperazione Salute e prenotare. Nel caso di visita specialistica, oltre alla struttura dovrà essere convenzionato anche il medico prescelto.



Almeno **3 giorni lavorativi** prima della prestazione, inviare a Cooperazione Salute la **Richiesta di Prestazione in Forma Diretta** tramite Area Riservata compilando il Form online e allegando la copia della prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG). Qualora espressamente indicato nella singola Garanzia del piano sanitario, è possibile inviare la prescrizione di un Medico specialista o fruire della prestazione senza prescrizione medica (ad esempio, per i pacchetti di prevenzione). La prescrizione deve contenere l'indicazione della patologia in corso o presunta, il quesito diagnostico o la diagnosi. **La prescrizione è ritenuta valida se riportante data uguale o antecedente non più di 365 giorni la data del documento di spesa.** Per le cure odontoiatriche, è necessario allegare il piano terapeutico contenente le prestazioni desiderate.



Cooperazione Salute fornirà all'Aderente e alla struttura sanitaria l'**autorizzazione** a beneficiare del servizio.



L'Aderente dovrà presentarsi presso la Struttura convenzionata con un documento di identità in corso di validità e avere con sé il documento di Presa In Carico in formato digitale o cartaceo (ovvero l'autorizzazione che Cooperazione Salute allegnerà alla richiesta nella sezione Pratiche in Area Riservata, l'unico documento utile per fruire della prestazione in forma diretta). Al termine della prestazione sanitaria l'Aderente dovrà saldare, direttamente alla struttura, la quota di sua competenza indicata sul modulo di autorizzazione di Cooperazione Salute. La quota rimanente verrà liquidata direttamente alla Struttura convenzionata da Cooperazione Salute.

L'assistenza in forma diretta è possibile unicamente quando si presentino tutte e tre le seguenti condizioni: ove prevista dal piano sanitario dell'Aderente, se autorizzata da Cooperazione Salute e presso strutture convenzionate con medici convenzionati con il Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute. Nei casi di particolare complessità nei quali la documentazione inviata dall'Aderente non permettesse di escludere con certezza la presenza di patologie preesistenti, la Società si riserva di richiedere un certificato anamnestico e i relativi referti.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

L'Assistenza in Forma Indiretta prevede il rimborso delle spese sanitarie sostenute in base a quanto previsto dal piano sanitario. Per richiedere un rimborso l'Aderente dovrà far pervenire a Cooperazione Salute entro **90 giorni** dall'evento sanitario (fa fede la data della fattura/notula) e, per le spese sostenute nel mese di dicembre, non oltre il **28 febbraio** dell'anno successivo, la seguente documentazione:



- Prescrizione medica del Medico di Medicina Generale del SSN contenente l'indicazione della patologia in corso o presunta, il quesito diagnostico o la diagnosi. Qualora espressamente indicato nella singola prestazione del piano sanitario, è possibile inviare la prescrizione di un Medico specialista o fruire della prestazione senza prescrizione medica (ad esempio, per i pacchetti di prevenzione). In caso di prestazioni fruite in modalità privata, la prescrizione è ritenuta valida se riportante data uguale o antecedente non più di 365 giorni la data del documento di spesa;
- Documentazione quietanzata del pagamento delle spese per le prestazioni sanitarie o socio-sanitarie (fatture, note di spesa, ricevute, PagoPa solo con specifica delle prestazioni eseguite).

La richiesta di rimborso potrà essere presentata a Cooperazione Salute nei seguenti modi:



- Via E-mail: invio della documentazione, completa del modulo di richiesta rimborso forma indiretta, scaricabile dal sito di Cooperazione Salute, in un UNICO file PDF al seguente indirizzo: sussidi@cooperazionealute.it.
- Tramite Area riservata (**modalità consigliata**) compilando il form e allegando copia della prescrizione medica e fattura/notula;

GESTIONE DEI RIMBORSI

Nel caso in cui l'Aderente o l'Avente diritto disponga di altre forme di copertura sanitaria, oltre a quella del SSN, si impegnerà a comunicare a Cooperazione Salute l'importo degli eventuali rimborsi o indennizzi percepiti da altri Enti, Fondi o Compagnie Assicuratrici per lo stesso Evento/documento di spesa/per la stessa prestazione per cui presenta richiesta a Cooperazione Salute.

Nel caso di invio della documentazione tramite Area Riservata sarà possibile monitorare lo stato delle proprie richieste di rimborso tramite la sezione Pratiche.

Nel caso di invio della documentazione tramite email, al momento dell'apertura della protocollazione della pratica, utilizzando il contatto e-mail dell'Aderente, Cooperazione Salute invierà una comunicazione riportante la data di ricezione della documentazione ed il numero di protocollo assegnato.

Se in fase di gestione della richiesta si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, in caso di pratica pervenuta tramite email, Cooperazione Salute provvederà ad inviare una richiesta di integrazione allo stesso indirizzo dell'Aderente, mentre nel caso di pratica inoltrata tramite Area Riservata, verrà inoltrata una comunicazione con richiesta di integrazione tramite Area Riservata. A notifica della stessa Cooperazione Salute invierà un'e-mail con l'invito ad accedere al portale dedicato. A seguito della ricezione di tale comunicazione l'Aderente avrà a disposizione **30 giorni** effettivi per **integrare la documentazione** incompleta e/o non esaustiva, pena la non rimborsabilità della pratica.

A conclusione della gestione della pratica, sempre via e-mail, verrà comunicato all'Aderente l'esito della richiesta. In caso di respingimento, verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso tardiva o incompleta, sfioramento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.). Mentre in caso di riconoscimento del rimborso verrà inviata comunicazione attestante l'avvenuta liquidazione.

In Area Riservata l'Aderente potrà produrre, in qualsiasi momento, un riepilogo dei rimborsi percepiti con indicazione degli estremi delle fatture e/o notule di spesa. Questi dati serviranno all'Aderente per poter usufruire delle detrazioni fiscali su quella parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico.

2. ASSISTENZA SANITARIA H24

In caso di necessità dovuta a malattia o infortunio, l'Aderente può avvalersi di un servizio di assistenza sanitaria attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, contattando il numero gratuito dedicato **02.24128406**.

Le prestazioni incluse riguardano le seguenti aree:

ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

- Videoconsulto e teleconsulto per consulenza medica di base o specialistica
- Invio di un medico/pediatra a domicilio
- Assistenza infermieristica e/o fisioterapica a domicilio
- Invio di un Operatore Socio Sanitario e/o di un Collaboratore/trice familiare
- Trasferimento sanitario programmato
- Monitoraggio del ricovero ospedaliero
- Tutoring Assistenziale
- Second Opinion di un medico specialistica presso un centro di eccellenza
- Consegna farmaci presso l'abitazione
- Servizio spesa a casa
- Ricerca e invio di dog-sitter o cat-sitter

ASSISTENZA IN VIAGGIO

- Invio di un interprete all'estero
- Invio di medicinali all'estero
- Segnalazione di un medico specialista all'estero
- Prolungamento del soggiorno dell'Aderente e/o dei familiari
- Viaggio di un familiare
- Assistenza ai minori di anni 12
- Rientro anticipato o posticipato

*Il servizio di Assistenza h24 è offerto grazie alla convenzione con Ima Italia Assistance. Per conoscere le modalità di fruizione dell'Assistenza h24, i contenuti delle prestazioni e le eventuali limitazioni applicate, si invita l'Aderente a prendere visione del **Regolamento_Ima Italia Assistance** presente nella propria Area Riservata e alla fine del presente Regolamento.*

Sommario *PRESTAZIONI*

Area RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

pag. 18

1. DURANTE IL RICOVERO pag. 19
2. PERIODO PRE RICOVERO pag. 20
3. PERIODO POST RICOVERO pag. 21
4. INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO A CARICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO pag. 21
5. ACCOMPAGNATORE pag. 22
6. TRASPORTO SANITARIO A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO pag. 22
7. TUTELA SPECIALE NEONATI pag. 23
8. DIARIA PER RICOVERO NOTTURNO PER INTERVENTO ORDINARIO O INFORTUNIO pag. 23
9. CURE E TERAPIE ONCOLOGICHE pag. 24

Area SOCIO-SANITARIA

pag. 25

10. ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA DOMICILIARE pag. 26
11. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO D'INFORTUNIO pag. 27
12. CHIRURGIA OCULISTICA CON LASER AD ECCIMERI pag. 28



Area

RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Consulta le eventuali carenze e limitazioni espresse nelle Norme di Attuazione.

Area RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

AVVERTENZE

Per l'accesso all'Assistenza in forma diretta o indiretta per le prestazioni dell'Area Ricovero è necessaria la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico specialista, indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta. Nel caso di prescrizione di un Medico specialista, quest'ultimo non deve coincidere con il medico che effettua la prestazione; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, è necessario il relativo referto.

1. DURANTE IL RICOVERO



Nel caso di ricovero dell'Aderente per un grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco Grandi Interventi (*Allegato 1*), il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per:

- a.** onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- b.** diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento;
- c.** rette di degenza, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione);
- d.** assistenza medica ed infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero relativo all'intervento subito.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa a carico dell'Aderente è pari a **€ 1.000** per intervento. La quota rimanente viene liquidata dalla Mutua direttamente alla struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **65%**, con un minimo non indennizzabile di € 2.500 per intervento.

SUB-MASSIMALE: € 10.000 per intervento, elevato a € 50.000 in caso di trapianto

2. PERIODO PRE RICOVERO



Nel periodo di **90 giorni** antecedenti all'inizio del ricovero per un grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco Grandi Interventi (*Allegato 1*) il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero e ad esso riconducibili.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa a carico dell'Aderente è pari a **€ 30** per singola prestazione. La quota rimanente viene liquidata dalla Mutua direttamente alla struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **60%**, con il massimo di **€ 80** per prestazione.

SUB-MASSIMALE ANNUO: € 1.000 per intervento

3. PERIODO POST RICOVERO



Nel periodo di **120 giorni** successivi alla fine del ricovero per un grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco Grandi Interventi (*Allegato 1*) il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per esami, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero e ad esso riconducibili.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa a carico dell'Aderente è pari a **€ 30** per singola prestazione. La quota rimanente viene liquidata dalla Mutua direttamente alla struttura convenzionata.



↻ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **60%**, con il massimo di **€ 80** per prestazione.

SUB-MASSIMALE ANNUO: € 1.000 per intervento

4. INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO A CARICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO



In caso di ricovero presso il Sistema Sanitario Nazionale per un grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco Grandi Interventi (*Allegato 1*), il Piano garantisce un'indennità sostitutiva di **€ 50 per ogni giorno** di ricovero per un massimo di 30 giorni all'anno.

MASSIMALE ANNUO: € 1.500

5. ACCOMPAGNATORE



Nel caso in cui l'Aderente che si sottopone ad un grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco Grandi Interventi (*Allegato 1*) necessiti di un accompagnatore, il Piano garantisce un'indennità di **€ 30 per ogni giorno** di ricovero per un massimo di 30 giorni all'anno a copertura delle spese di vitto e alloggio dell'accompagnatore stesso.

MASSIMALE ANNUO: € 900

6. TRASPORTO SANITARIO A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO



Nel caso di grande intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio, rientrante tra quelli previsti nell'Elenco Grandi Interventi (*Allegato 1*), il Piano prevede il rimborso delle spese di trasporto dell'Aderente in ambulanza, con unità coronaria mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa viene liquidata direttamente ed integralmente dalla Mutua, fermi restando i limiti previsti dalla prestazione.

↻ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **80%**.

SUB-MASSIMALE: € 1.500 per intervento, € 3.000 all'anno

7. TUTELA SPECIALE NEONATI



Il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato, figlio dell'Aderente, per la correzione di malformazioni congenite, comprese visite e accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e pernottamento dell'Accompagnatore.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa a carico dell'Aderente è pari a **€ 1.000** per intervento. La quota rimanente viene liquidata dalla Mutua direttamente alla struttura convenzionata.



↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **65%**, con un minimo non indennizzabile di € 2.500 per intervento.

SUB-MASSIMALE ANNUO: € 10.000 per intervento

8. DIARIA PER RICOVERO NOTTURNO PER INTERVENTO ORDINARIO O INFORTUNIO



In caso di ricovero in struttura ospedaliera per intervento chirurgico ordinario (*non compreso nell'Allegato 1*) o infortunio, dopo le prime due notti consecutive di degenza, è garantita una diaria giornaliera computata dal primo giorno fino al termine del ricovero pari a **€ 40 al giorno** per i primi 10 giorni e € 20 dall'undicesimo giorno, per un massimo di 100 giorni all'anno. Sono esclusi i casi di ricovero in regime di day hospital, di lungodegenza, per emodialisi o per cure riabilitative.

MASSIMALE ANNUO: € 2.200

9. CURE E TERAPIE ONCOLOGICHE



In caso di ricovero ospedaliero per malattia oncologica che non comporti un grande intervento chirurgico (compreso nell'Allegato 1), il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per:

- a.** cure, trattamenti e terapie riconosciute dai protocolli internazionali oncologici (es: chemioterapia, radioterapia, cure palliative, terapie del dolore, etc), anche in regime di day hospital;
- b.** prestazioni mediche ed infermieristiche;
- c.** esami ed accertamenti diagnostici.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa a carico dell'Aderente è pari a **€ 1.000** per intervento. La quota rimanente viene liquidata dalla Mutua direttamente alla struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **65%**, con un minimo non indennizzabile di € 2.500 per intervento.

SUB-MASSIMALE ANNUO: € 10.000 per intervento

MASSIMALE ANNUO DI AREA: €75.000



Area
SOCIO-SANITARIA

Consulta le eventuali carenze e limitazioni esposte nelle Norme di Attuazione.

Area SOCIO-SANITARIA

AVVERTENZE

Ai fini del rimborso i documenti di spesa (fatture, ricevute e ogni altra tipologia di nota di spesa) debbono riportare l'indicazione specifica della tipologia di prestazione fruita la quale dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG) o del medico specialista, pena il diniego di rimborso o della assistenza diretta.

Per verificare quali tipologie di prestazioni sono escluse dalla copertura si consiglia di consultare le Norme di Attuazione del piano sanitario, articolo 13 "Esclusioni".

10. ASSISTENZA INFERMIERISTICA E SOCIO SANITARIA DOMICILIARE



Nel caso di infortunio o malattia invalidante temporanea o permanente, il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per interventi sanitari a domicilio per terapia medica e/o specialistica, infermieristica, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa a carico dell'Aderente è pari a al **30%** del costo della singola prestazione. La quota rimanente viene liquidata dalla Mutua direttamente alla struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **50%** della spesa sostenuta.

MASSIMALE ANNUO: € 1.250

11. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO D'INFORTUNIO



Nel caso di infortunio accertato dal Pronto Soccorso che determini una prognosi superiore ai 10 giorni, il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per Trattamenti fisioterapici riabilitativi.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa a carico dell'Aderente è pari a al **30%** del costo della singola prestazione. La quota rimanente viene liquidata dalla Mutua direttamente alla struttura convenzionata.



ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **50%** della spesa sostenuta.

MASSIMALE ANNUO: € 750

12. CHIRURGIA OCULISTICA CON LASER AD ECCIMERI



Il Piano prevede il rimborso delle spese sostenute per i trattamenti laser ad eccimeri riconducibili a:

- laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico per trattamento completo o trattamenti laser ad eccimeri per miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- cheratomileusi intrastomale associata a laser;
- terapia fotodinamica con verteporfine.

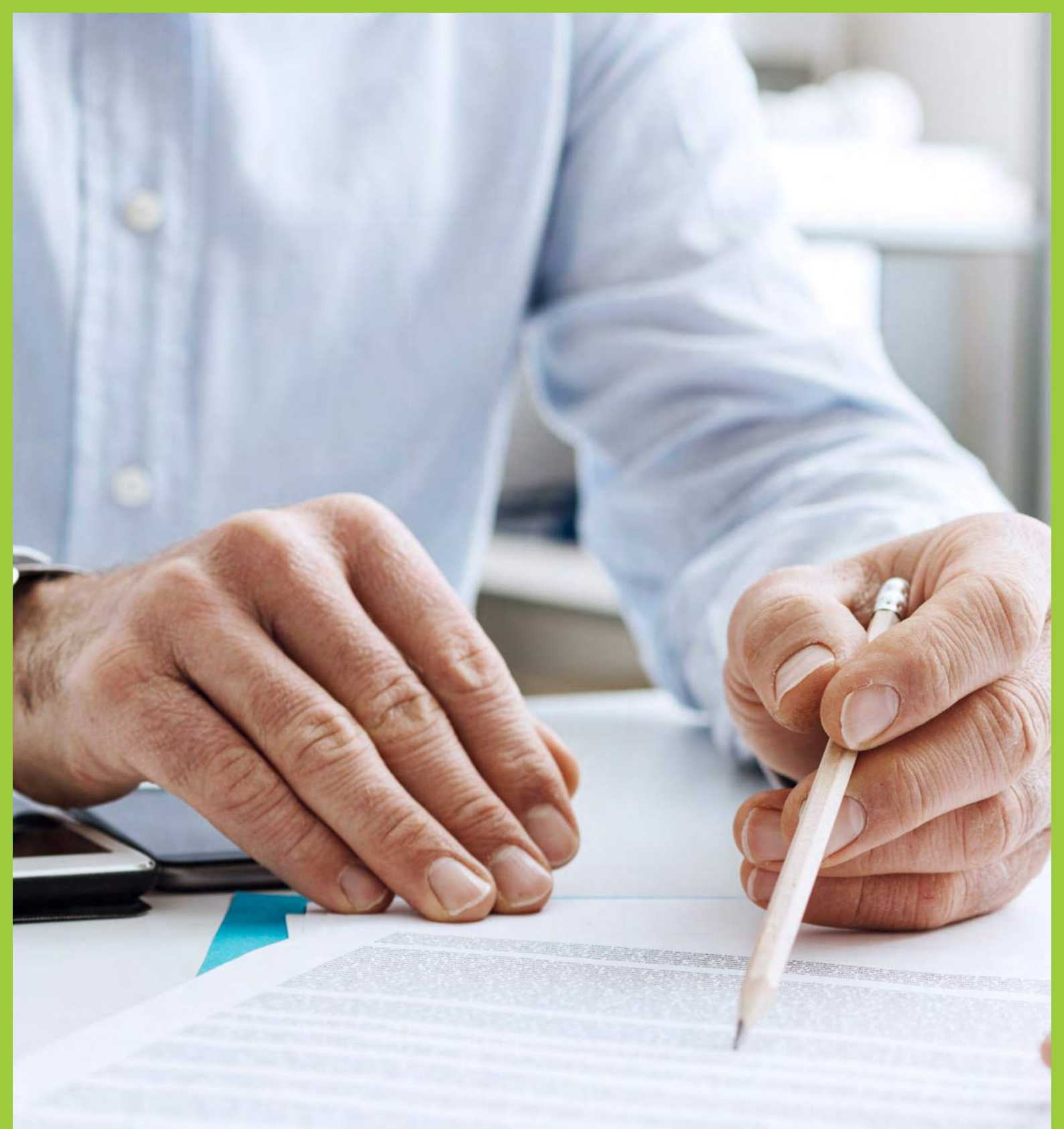
➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute, la spesa viene liquidata direttamente ed integralmente dalla Mutua, fermi restando i limiti previsti dalla prestazione.

↻ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **80%** della spesa sostenuta.

MASSIMALE ANNUO: € 1.000



NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO

Sommario *NORME*

NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO

1. DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE	pag. 31
2. INCLUSIONE DI FAMILIARI E VARIAZIONE PRESTAZIONI IN CORSO D'ANNO	pag. 31
3. ESCLUSIONE DI UN AVENTE DIRITTO IN CORSO D'ANNO	pag. 32
4. CONTRIBUTO	pag. 32
5. DECORRENZA, DURATA, TACITO RINNOVO E DISDETTA DELLA COPERTURA	pag. 32
6. CONSEGNA DOCUMENTALE DA PARTE DI COOPERAZIONE SALUTE ALL'Aderente	pag. 33
7. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA PER MANCATO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO	pag. 33
8. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI	pag. 33
9. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE	pag. 34
10. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE	pag. 34
11. LIMITI DI ETÀ	pag. 34
12. CARENZE	pag. 34
13. ESCLUSIONI	pag. 35
14. PATOLOGIE PREGRESSE	pag. 36
15. ESTENSIONE TERRITORIALE	pag. 36
16. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI	pag. 38
17. GESTIONE MUTUALISTICA	pag. 37
18. TUTELA DEI DATI PERSONALI	pag. 37
19. CONTROLLI	pag. 37
20. CHIARIMENTI E RECLAMI	pag. 38
21. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE E AL REGOLAMENTO APPLICATIVO	pag. 38
22. PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ	pag. 38
23. IMPOSTE E ONERI AMMINISTRATIVI	pag. 38
24. RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE	pag. 39
25. CONTROVERSIE	pag. 39

1. DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE

L'adesione ad un piano sanitario individuale è volontaria e si perfeziona mediante il pagamento del contributo di iscrizione. Ai piani sanitari individuali possono aderire i soggetti maggiorenni che ne facciano richiesta mediante la compilazione e l'invio della "Domanda di Adesione" per mezzo del Portale di Cooperazione Salute messo a disposizione per le adesioni e il contestuale versamento del contributo di attivazione del piano sanitario prescelto. Per aderire ad un piano sanitario, all'Aderente non è richiesta la compilazione di un questionario anamnestico né una dichiarazione del proprio stato di salute.

Alcuni piani sanitari (anche "piani aggiuntivi") possono prevedere come condizione per l'iscrizione la precedente adesione ad un altro piano sanitario debitamente specificato (anche "piano prope-deutico").

Possono aderire a Cooperazione Salute in qualità di Soci della Società di Mutuo Soccorso o di Aveni Diritto esclusivamente i soggetti aventi residenza in Italia.

2. INCLUSIONE DI FAMILIARI E VARIAZIONE PRESTAZIONI IN CORSO D'ANNO

Ai piani sanitari possono aderire anche i componenti del nucleo familiare dell'Aderente i cosiddetti aventi diritto, tutti nessuno escluso. Per la definizione di nucleo familiare si consiglia di consultare il Glossario.

In tal caso l'Aderente aderisce ad uno o più piani sanitari espressamente dedicati alla copertura dell'intero nucleo familiare. L'inclusione dei familiari può avvenire in fase di prima iscrizione o di rinnovo dell'iscrizione al piano sanitario.

Qualora l'Aderente intenda aderire ad un piano aggiuntivo, potrà aderirvi con l'intero nucleo familiare esclusivamente nel caso in cui sia già aderente con l'intero nucleo familiare al piano prope-deutico.

L'inclusione in corso d'anno è consentita solo per i neonati, se già in vigore un'iscrizione ad un piano sanitario dedicato al nucleo familiare. Tale variazione deve essere comunicata entro 30 giorni dalla nascita, in questo caso la copertura opera dalla data della nascita. Se la comunicazione avviene oltre i 30 giorni dalla nascita, la decorrenza è prevista a partire dall'1 gennaio dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la comunicazione.

Negli altri casi di inclusione nel nucleo familiare, ad esempio il matrimonio, la copertura opera nei confronti dei nuovi Aderenti dall'1 gennaio dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la variazione. La comunicazione deve pervenire a Cooperazione Salute entro il termine previsto per la disdetta, ovvero prima dei 60 giorni dalla scadenza della copertura.

3. ESCLUSIONE DI UN AVENTE DIRITTO IN CORSO D'ANNO

Qualora uno o più Aderenti perdano nel corso dell'anno di copertura i requisiti di avente diritto (ad es: divorzio o separazione dall'Aderente, figlio non più a carico dell'Aderente), la copertura rimarrà operante fino alla prima scadenza annuale. La comunicazione di esclusione deve pervenire a Cooperazione Salute entro il termine previsto per la disdetta, ovvero prima dei 60 giorni dalla scadenza della copertura.

4. CONTRIBUTO

Il contributo è riferito al singolo Aderente per ogni periodo di copertura. Nel caso di adesione ad un piano familiare, il contributo è a copertura dell'intero nucleo familiare. Il contributo per la prima adesione e per le successive è calcolato su base annuale, a copertura dell'anno solare intero, con versamento anticipato da effettuarsi contestualmente all'adesione al piano sanitario, entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno antecedente la decorrenza della copertura. Diversamente, in caso di adesione in corso d'anno, l'importo del contributo da versare corrisponde alla frazione d'anno in mesi interi che intercorre tra il momento dell'iscrizione e il 31 dicembre dello stesso anno (anche "rateo di contributo") più l'intero anno solare successivo.

Il contributo di adesione è versato obbligatoriamente mediante frazionamento mensile con addebito diretto SEPA.

5. DECORRENZA, DURATA, TACITO RINNOVO E DISDETTA DELLA COPERTURA

La copertura sanitaria ha durata annuale con tacito rinnovo, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo all'adesione e contestuale versamento della quota di contributo dovuta e scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre dell'anno in corso qualora l'iscrizione sia avvenuta entro il 31 dicembre dell'anno precedente, in tutti gli altri casi la scadenza avverrà alle ore 24.00 del 31 dicembre dell'anno solare successivo a quello di adesione. In mancanza di disdetta da parte dell'Aderente, mediante preavviso di 60 giorni con lettera raccomandata o PEC, la copertura si intende prorogata per un ulteriore anno e così di seguito. Nel caso di disdetta, l'Aderente potrà richiedere una nuova adesione ad un piano sanitario di Cooperazione Salute trascorsi almeno 3 anni solari.

In caso di cessazione dell'Accordo tra Cooperazione Salute e Banca Etica, le coperture dei piani sanitari individuali, sottoscritti dai soci e clienti di Banca Etica, si concluderanno alle ore 24.00 del 31 dicembre del medesimo anno di cessazione dell'Accordo.

6. CONSEGNA DOCUMENTALE DA PARTE DI COOPERAZIONE SALUTE ALL'ADERENTE

Cooperazione Salute è tenuta a consegnare all'Aderente in fase di prima adesione:

- il piano sanitario a cui ha aderito;
- le Norme di Attuazione del Piano sanitario;
- lo Statuto e il Regolamento di Cooperazione Salute disponibili nel sito cooperazionealute.it;
- l'informativa privacy di Cooperazione Salute.

7. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA PER MANCATO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO

In caso di mancato versamento del contributo, è data la possibilità all'Aderente di regolarizzare la propria posizione entro 30 giorni senza effetto sulla copertura.

In caso di mancato versamento del contributo per due mensilità consecutive, la copertura rimane sospesa dal primo giorno del mese successivo al secondo mese di irregolarità contributiva.

Qualora l'Aderente regoli la propria posizione entro la fine del 6° mese successivo al primo mancato versamento, la copertura sarà riattivata ad esclusione degli eventi riconducibili al periodo di sospensione o successivi alla regolarizzazione ma relativi a patologie o infortuni insorte o verificatosi nello stesso periodo di sospensione.

Oltre il 6° mese di sospensione non sarà più possibile per l'Aderente regolarizzare la propria posizione e la copertura si intenderà automaticamente cessata con l'esclusione dell'Aderente dalla qualifica di Socio di Cooperazione Salute come previsto dal Regolamento Attuativo Dello Statuto. Nel caso di esclusione dalla qualifica di Socio di Cooperazione Salute, il soggetto escluso potrà richiedere una nuova adesione ad un piano sanitario di Cooperazione Salute trascorsi almeno 3 anni solari.

8. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI

Salvo buon fine (SBF) dell'incasso del contributo anticipato di adesione, intero o frazionato, e salve le Carenze contrattuali previste dal piano sanitario, gli Aderenti hanno diritto di ricevere le prestazioni previste dal piano sanitario a cui hanno aderito a partire dal primo giorno di decorrenza della copertura.

9. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE

I contributi di iscrizione ad un piano sanitario individuale beneficiano della detraibilità fiscale nella misura del 19% del contributo fino al massimo di 1.300 euro ex-art 83, com. 5, del Codice del Terzo Settore – D.Lgs 3 luglio 2017, n. 117).

10. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE

Cooperazione Salute gestisce direttamente tutte le pratiche relative alle richieste di rimborso e garantisce che i tempi di liquidazione nell'assistenza in forma indiretta (attraverso accredito diretto sul c/c dell'Aderente) sono di 60 giorni dal momento dell'acquisizione delle note di spesa complete di tutta la documentazione sanitaria occorrente. L'acquisizione da parte di Cooperazione Salute della documentazione sanitaria inviata dell'Aderente avviene esclusivamente tramite Area Riserata o via e-mail.

11. LIMITI DI ETÀ

Possono aderire al piano sanitario le persone maggiorenni che alla decorrenza dello stesso non abbiano già compiuto 70 anni. Per gli Aderenti e gli aventi diritto già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età la copertura potrà essere rinnovata a vita intera. In caso di disdetta del piano dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

12. CARENZE

I termini di carenza sono fissati come segue, salvo deroghe specifiche indicate per ciascuna tipologia di prestazione prevista dal piano sanitario:

- per le prestazioni ospedaliere o extraospedaliere conseguenti ad infortunio, dal 30° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario;
- per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia, dal 120° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario. Nel caso di grande intervento chirurgico previsto dal piano sanitario, dal 180° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario;
- per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia e per le cure dentarie, dal 120° 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 le protesi (non acustiche) e i presidi sanitari, dal 120° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario;
- per le protesi acustiche dal 730° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario;
- per le prestazioni legate a chirurgia oculistica, dal 730° giorno successivo al momento in cui ha effetto il piano sanitario.

Nel caso di sospensione superiore ai 6 mesi o nuova iscrizione a seguito di disdetta del piano sanitario, i termini di carenza saranno reconsiderati per intero

13. ESCLUSIONI

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante / del medico specialista, pena il diniego del rimborso o dell'attivazione della forma diretta.

Sono esclusi dalla copertura sanitaria, salvo deroghe specifiche indicate per ciascuna tipologia di prestazione prevista dal piano sanitario, le prestazioni relative a:

- conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza del piano sanitario, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il primo anno di età;
- cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS, dell'ISS o svolte da soggetti non in possesso di abilitazione riconosciuta;
- visite specialistiche odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, psichiatriche, psicoterapeutiche. Sono altresì escluse dalla copertura le visite eseguite da soggetti non in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medica;
- test genetici prenatali su DNA fetale;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla sottoscrizione del piano sanitario;
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, ad esclusione di specifiche deroghe, ove previste nei singoli piani sanitari;
- cure e interventi odontoiatrici diversi da quanto previsto nello specifico piano sanitario;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi, sport aerei in genere, corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche o di qualsiasi sport esercitato professionalmente ;
- cure e interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- Prestazioni eseguite per il rilascio di certificazioni;

- interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza ovvero quelli determinati da condizioni fisiche dell'Aderente che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- ricoveri e day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche.

14. PATOLOGIE PREGRESSE

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

Tuttavia, successivamente ad una permanenza continuativa nel piano sanitario di almeno 3 anni (36 mesi) sarà prevista la copertura completa delle patologie preesistenti note all'Aderente al momento dell'adesione. Tale copertura sarà garantita per tutto il periodo di permanenza continuativa nel piano sanitario da parte dell'Aderente. Nel caso di sospensione superiore ai 6 mesi o nuova iscrizione a seguito di disdetta del piano sanitario, le patologie pregresse saranno ricomprese successivamente ad una nuova permanenza continuativa nel piano sanitario di almeno 3 anni (36 mesi).

15. ESTENSIONE TERRITORIALE

La copertura vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni delle prestazioni vengano effettuate in Italia, con pagamento in euro. Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

16. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Il diritto all'erogazione delle prestazioni previste dal Piano da parte dell'Aderente si estingue:

- Decesso dell'Aderente;
- Per sospensione dovuta a ritardo nei versamenti contributivi;
- Per esclusione disposta in presenza di omissioni contributive, irregolarità o abusi.

17. GESTIONE MUTUALISTICA

Cooperazione Salute si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dai piani sanitari, creando un'apposita autonoma gestione separata nell'ambito del proprio bilancio, assumendo nella propria gestione mutualistica tutti gli eventuali avanzi o disavanzi gestionali delle medesime coperture per la durata di sottoscrizione del piano sanitario, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi. Le prestazioni previste nelle coperture potranno subire annualmente delle variazioni a seconda dell'andamento tecnico della gestione della copertura, documentabile dal rapporto contributo/erogazioni, in particolare in caso di andamento negativo della gestione della copertura.

18. TUTELA DEI DATI PERSONALI

A seguito dell'informativa scritta rilasciata da Cooperazione Salute al momento dell'iscrizione ai piani sanitari individuali e al momento della richiesta degli Aderenti di attivazione della forma diretta e/o della richiesta di rimborso, tutte le informazioni e i documenti richiesti all'Aderente e agli aventi diritto sono tutelati ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679.

19. CONTROLLI

Cooperazione Salute al fine di accertare il diritto dell'Aderente alle prestazioni si riserva la facoltà di esercitare ogni controllo ed ogni accertamento tramite medici di propria fiducia o istituzioni pubbliche o private. Il rifiuto di presentare la documentazione richiesta o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi da Cooperazione Salute comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.

20. CHIARIMENTI E RECLAMI

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi, da parte dei beneficiari della copertura sanitaria, sarà Cooperazione Salute attraverso i suoi organi a provvedere a fornire le risposte all'Aderente. In caso di ulteriore contenzioso, prima dell'eventuale ricorso all'autorità giudiziaria, Cooperazione Salute e l'Aderente si impegnano ad esperire un tentativo di conciliazione sottoponendo il caso ad una Commissione di Conciliazione appositamente costituita e formata da due medici, uno nominato da Cooperazione Salute e l'altro dall'Aderente. La Commissione esamina i casi ad essa sottoposti ed esprime il proprio parere che verrà comunicato all'Aderente. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il proprio medico designato.

21. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE E AL REGOLAMENTO APPLICATIVO

Per tutto quanto non previsto dalle Norme di Attuazione del Piano, si fa riferimento allo Statuto e Regolamento Applicativo di Cooperazione Salute.

22. PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa. Fa fede la data di emissione del documento fiscale o, nel caso di Indennità, la data di fine dell'Evento (es. data di dimissioni in caso di Ricovero). Non sono ammesse fatture in acconto, relative a prestazioni non ancora eseguite.

23. IMPOSTE E ONERI AMMINISTRATIVI

Sono a carico dell'Aderente:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica)
- qualsiasi spesa aggiuntiva non relativa alla pura prestazione sanitaria.

24. RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

Nel caso di indebito pagamento da parte di Cooperazione Salute per prestazioni non previste dal piano sanitario, o dovuto ad accertate condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della copertura o l'inefficacia del piano sanitario, Cooperazione Salute ne darà comunicazione all'Aderente il quale dovrà restituire l'intera somma indebitamente ricevuta.

25. CONTROVERSIE

Ai sensi del D.lgs. n. 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 obbligatoria innanzi ad un Organismo di Mediazione Aderente nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia. L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, si conviene che l'Autorità Giudiziaria è quella del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato o dell'Avente diritto.

A close-up photograph of a hand with light pink manicured nails holding a silver paperclip. The paperclip is attached to the top edge of a white document. The background is a soft, out-of-focus beige. A green diagonal overlay is present in the bottom-left corner, containing the word 'ALLEGATI' in white capital letters.

ALLEGATI

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA:

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA:

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA:

- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpanogiugulari

CHIRURGIA DEL COLLO:

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO:

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE:

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE:

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni retto-coliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA:

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza uretero-sigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA:

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA:

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO:

- Tutti

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: IMA Italia Assistance S.p.A., capogruppo del gruppo Assicurativo IMA ITALIA Assistance (n. iscrizione all'Albo Gruppi 025), avente sede legale in Italia, Piazza Indro Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni (MI)

Prodotto: Polizza di Assicurazione Assistenza "COOPERAZIONE SALUTE"

Questo documento informativo relativo al prodotto assicurativo è destinato esclusivamente a fornire una sintesi della copertura principale e delle esclusioni. Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite nella documentazione della Polizza.

Che tipo di assicurazione è?

La presente polizza è un'Assicurazione Assistenza. Questa assicurazione è rivolta ai Soci di Cooperazione Salute SMS.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Consulenza medica telefonica/Videoconsulto medico
- ✓ Tutoring Assistenziale
- ✓ Invio di un medico/pediatra in Italia
- ✓ Consulenza specialistica telefonica
- ✓ Trasferimento sanitario programmato in Italia
- ✓ Second Opinion Medico Specialista
- ✓ Monitoraggio del ricovero ospedaliero
- ✓ Consegna farmaci presso la residenza
- ✓ Servizio spesa a casa in Italia
- ✓ Assistenza infermieristica a domicilio
- ✓ Assistenza fisioterapica a domicilio
- ✓ Collaboratrice familiare
- ✓ Invio Old-Sitter (OSS)
- ✓ Ricerca e invio di dog-sitter o cat-sitter

PRESTAZIONI OPERANTI AD OLTRE 50 KM DALLA RESIDENZA DELL'ASSICURATO

- ✓ Invio interprete all'estero
- ✓ Invio medicinali all'estero
- ✓ Segnalazione di un medico specialista all'estero
- ✓ Prolungamento soggiorno
- ✓ Viaggio di un familiare
- ✓ Assistenza ai minori di anni 12
- ✓ Prolungamento soggiorno dei familiari
- ✓ Rientro anticipato o posticipato



Che cosa non è assicurato?

Le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- ✗ guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- ✗ scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- ✗ dolo dell'Assicurato;
- ✗ suicidio o tentato suicidio;
- ✗ infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
- ✗ malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;
- ✗ infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;
- ✗ malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- ✗ le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. A riguardo si intendono come paesi in stato di belligeranza quelli segnalati tali sul sito del Ministero degli Esteri.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Cod. Civ.
- ! Le dichiarazioni inesatte od incomplete non comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione dell'assicurazione unicamente nel caso in cui siano avvenute senza dolo o colpa grave;
- ! Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Cod. Civ.;
- ! La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato la restituzione delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.
- ! La Società non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza.
- ! Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.



Dove vale la copertura?

Le PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA operano nel territorio della Repubblica italiana, ad eccezione di "Consulenza medica telefonica/Videoconsulto medico", "Consulenza specialistica telefonica", "Second opinion medico specialistica", "Monitoraggio del ricovero ospedaliero", che operano anche all'Estero. Le PRESTAZIONI DI ASSISTENZA IN VIAGGIO operano in tutto il Mondo, compreso il territorio della Repubblica Italiana, ad eccezione di "Invio interprete all'estero", "Invio medicinali all'estero", "Segnalazione di un medico specialista all'estero", che operano esclusivamente all'Estero.



Che obblighi ho?

- Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società, mediante lettera raccomandata o e-mail PEC, di ogni aggravamento del rischio;
- Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1913, 1915 Cod.Civ., l'Assicurato per aver diritto alle prestazioni garantite, prima di intraprendere qualsiasi iniziativa a titolo personale deve contattare la Struttura Organizzativa.



Quando o come devo pagare?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza a condizione del pagamento del premio. Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Cod. Civ.

La Polizza è gratuita per gli Assicurati.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza.

Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Cod. Civ.



Come posso disdire la polizza?

Per il Contraente la polizza decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Simplo di Polizza ed avrà una durata di 1 anno con tacito rinnovo, salvo disdetta da comunicarsi entro 30 giorni dalla data di scadenza tramite raccomandata A/R o e-mail PEC.

Assicurazione Assistenza

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Impresa: IMA Italia Assistance S.p.A.

Prodotto: Polizza di Assicurazione Assistenza "COOPERAZIONE SALUTE"

Ultimo DIP aggiuntivo Danni pubblicato e disponibile, Ed. 12/2022

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

IMA Italia Assistance S.p.A. Piazza Indro Montanelli; n. civico 20; -20099 Sesto San Giovanni (MI); tel. +39 02 24 128 (1); sito internet: www.imaitalia.it; e-mail: assistance@imaitalia.it; PEC: imaitalia@pec.imaitalia.it.

IMA Italia Assistance S.p.A., capogruppo del gruppo Assicurativo IMA ITALIA Assistance (n. iscrizione all'Albo Gruppi 025), avente sede legale in Italia, Piazza Indro Montanelli, 20 -20099 Sesto San Giovanni (MI); tel. +39 02 24 128 (1), sito internet: www.imaitalia.it, e-mail: assistance@imaitalia.it, PEC: imaitalia@pec.imaitalia.it, Autorizzata all'esercizio con Decreto Ministeriale del 01/10/1993 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 239 del 11/10/1993, Numero di iscrizione all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione 1.00114.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa (I dati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato relativo all'anno 2021).

Ammontare complessivo del patrimonio netto: 25.632.150 €;

Parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale: 3.856.985 €;

Parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali: 20.098.876 € (riserve ed utili riportati a nuovo)

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile al sito internet www.imaitalia.it nell'area comunicati.

Importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 13.725.391€;

Requisito patrimoniale minimo (MCR): 6.176.426 €;

Fondi propri a copertura (eligible own funds): 28.709.381 €;

Indice di solvibilità (solvency ratio), che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile ed il margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente: 209,17%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: CONSULENZA MEDICA TELEFONICA/ VIDEOCONSULTO MEDICO

Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato necessiti valutare il proprio stato di salute, potrà contattare 24h24 i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

Qualora l'Assicurato lo desideri e sia dotato dei necessari dispositivi, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di prenotare un videoconsulto dal lunedì al venerdì (10-13 e 15-18).

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: TUTORING ASSISTENZIALE IN ITALIA

Nel caso del verificarsi di situazioni di fragilità, anche temporanea, dell'Assicurato, dei suoi ascendenti di primo grado e del suo Nucleo Familiare (di seguito Beneficiari) l'Assicurato dovrà necessariamente contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, per ricevere informazioni e attivare il servizio di Tutoring Assistenziale, che consiste nell'Analisi dei bisogni e definizione del Piano di Assistenza personalizzato per esigenze legate a fragilità e/o non autosufficienza parziale, totale, temporanea o permanente dell'Assicurato/Beneficiario

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: INVIO DI UN MEDICO/PEDIATRA IN ITALIA

Qualora, a seguito di infortunio o malattia o successivamente ad una Consulenza medica, l'Assicurato necessiti di un medico/pediatra, la Struttura Organizzativa, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: CONSULENZA SPECIALISTICA TELEFONICA Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, non riuscisse a reperire il proprio specialista di fiducia (ginecologo, ortopedico, cardiologo, geriatrico) e necessiti valutare il proprio stato di salute, potrà contattare la Struttura Organizzativa e chiedere un consulto specialistico telefonico.</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: TRASFERIMENTO SANITARIO PROGRAMMATO IN ITALIA Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un trasferimento sanitario programmato, la Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico da parte dei propri medici e d'intesa con i medici curanti, provvederà a organizzare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il suo trasferimento presso l'istituto di cura dove deve essere ricoverato; • il suo trasferimento dall'istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso • il suo trasferimento alla residenza a seguito dimissione ospedaliera. <p>La Struttura Organizzativa provvederà all'invio di un'autoambulanza/taxi, tenendo a carico il costo fino ad un massimale di 200 km per sinistro. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo..</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: SECOND OPINION SPECIALISTICA Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, desideri far riesaminare la propria documentazione clinica al fine di ottenere una Second Opinion, potrà contattare la Struttura Organizzativa che metterà a disposizione la propria equipe medica per sottoporre il caso al parere di uno specialista presso un centro medico d'eccellenza in Italia o all'estero. L'Assicurato dovrà spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il suo caso per il quale richiede la second opinion e dovrà inviare tutta la documentazione medica relativa in suo possesso. I medici della Struttura Organizzativa verificheranno tutta la documentazione pervenuta e provvederanno ad inviarla al centro medico ritenuto eccellente per la patologia dell'Assicurato. Entro 10 gg lavorativi dalla ricezione della documentazione, la Struttura Organizzativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica, se necessario, tradotta in lingua italiana. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio. Il costo di ulteriori eventuali specifiche indagini cliniche o scientifiche sarà a carico dell'Assicurato. Il Centro Medico di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso. I costi della visita specialistica saranno a carico della Struttura Organizzativa, così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 500,00. La prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: MONITORAGGIO RICOVERO OSPEDALIERO A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assicurato rilasciata al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (protezione dei dati) e alla relativa normativa interna di adeguamento.</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: CONSEGNA FARMACI PRESSO LA RESIDENZA Qualora l'Assicurato non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali, la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: SERVIZIO SPESA A CASA IN ITALIA Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di infortunio immobilizzante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa, nelle prime due settimane di convalescenza, di effettuare la consegna presso la sua residenza di generi alimentari o di prima necessità. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO IN ITALIA Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico IMA, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, per un massimale di € 300,00 (IVA compresa) per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: ASSISTENZA FISIOTERAPICA A DOMICILIO IN ITALIA Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura, necessiti di assistenza fisioterapia, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico IMA, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza fisioterapia specializzata per un massimale di € 300,00 (IVA compresa) per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. La prestazione viene fornita dalle ore 8 alle ore 18, dal lunedì al venerdì. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.</p>

<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: COLLABORATRICE FAMILIARE IN ITALIA Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura, necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per attendere alle normali attività di conduzione della propria abitazione, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una collaboratrice familiare tenendo a proprio carico il costo fino a un massimale di € 300,00 (IVA compresa) per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: INVIO OLD-SITTER IN ITALIA Qualora l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura, a seguito di infortunio o malattia, richieda l'assistenza per i familiari conviventi non autosufficienti rimasti soli, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un operatore sociosanitario tenendo a proprio carico le spese fino a un massimale di € 300,00 (IVA compresa) per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. Il personale sarà messo a disposizione nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni locali. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di ricovero dell'Istituto di Cura.</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: RICERCA E INVIO DI DOG-SITTER O CAT-SITTER IN ITALIA Qualora l'Assicurato, in conseguenza di malattia o di infortunio che abbia dato luogo a ricovero in un Istituto di Cura, necessiti di un dog/cat-sitter, la Struttura Organizzativa si incaricherà di reperire ed inviare un dog/cat-sitter che presterà assistenza all'animale domestico tenendo a proprio carico le spese relative fino a un massimale di € 300,00 (IVA compresa) per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA IN VIAGGIO: INVIO INTERPRETE ALL'ESTERO Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero, venga ricoverato a seguito di malattia o infortunio, ed incontri difficoltà a comunicare nella locale lingua, la Struttura Organizzativa provvederà a reperire in loco un interprete e terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 8 ore lavorative. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.</p> <p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA IN VIAGGIO: INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero, a seguito di malattia o infortunio, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali. La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Assicurato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA IN VIAGGIO: PROLUNGAMENTO SOGGIORNO Qualora l'Assicurato in viaggio, sia costretto, a seguito di infortunio o malattia, a prolungare la sua permanenza oltre la data prevista per il ritorno, la Struttura Organizzativa provvederà a prenotargli un albergo, tenendo a proprio carico le spese relative alla camera e alla prima colazione per un massimo di tre giorni e con il limite giornaliero di € 70,00 (IVA Inclusa). L'Assicurato è tenuto a fornire, a richiesta della Struttura Organizzativa, il certificato medico rilasciato sul posto dal medico curante. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA IN VIAGGIO: ASSISTENZA AI MINORI DI ANNI 12 Qualora l'Assicurato in viaggio, a seguito di infortunio o malattia, venga ricoverato in istituto di cura, e qualora in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da una persona di fiducia per assistere i minori di 12 anni rimasti soli durante il ricovero, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1a classe) o se il viaggio supera le sei ore in aereo (classe economica) e tenendo a proprio carico i relativi costi. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di pernottamento in loco e prima colazione per la persona di fiducia, per una durata massima di due notti e fino ad un importo massimo di € 300,00 (IVA Inclusa) per evento. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA IN VIAGGIO: PROLUNGAMENTO SOGGIORNO DEI FAMILIARI Qualora l'Assicurato in viaggio, a seguito di infortunio o malattia, venga ricoverato in istituto di cura, e qualora gli altri familiari intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di rientro all'abitazione o di pernottamento in loco e prima colazione per i familiari, per una durata massima di due notti e fino ad un importo massimo di € 300,00 (IVA Inclusa) per evento. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.</p>
<p>PRESTAZIONI DI ASSISTENZA IN VIAGGIO: RIENTRO ANTICIPATO O POSTICIPATO Qualora l'Assicurato in viaggio organizzato, a seguito di infortunio o malattia, come certificato dal medico curante, debba rientrare alla propria residenza anticipatamente o successivamente alla data prevista per il ritorno, la Struttura Organizzativa provvederà a mettere a sua disposizione, tenendo a carico il relativo costo, un biglietto, in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o in altro mezzo di trasporto. L'Assicurato è tenuto a fornire, a richiesta della Struttura Organizzativa, il certificato medico rilasciato sul posto dal medico curante. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.</p>



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle contenute nel DIP



Ci sono limiti di copertura?

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: CONSULENZA MEDICA TELEFONICA/VIDEOCONSULTO MEDICO

La consulenza non sostituisce una visita medica né il servizio di guardia medica o il servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: CONSEGNA FARMACI PRESSO LA RESIDENZA

Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: RICERCA INFERMIERE IN ITALIA

La disponibilità del personale specializzato è garantita 24h/24 ed i relativi costi restano a carico dell'Assicurato. La prestazione viene fornita con un preavviso di 24 ore.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA: SERVIZIO SPESA A CASA IN ITALIA

Massimo di due buste per richiesta e una volta a settimana. Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA IN VIAGGIO: VIAGGIO DI UN FAMILIARE

Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altre spesa al di fuori di quelle indicate.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per erogare le prestazioni la Struttura Organizzativa sarà a disposizione tutti i giorni dell'anno, 24h/24, di tutti gli assicurati che chiameranno il numero verde:

02-24128406

In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al n. **02/24128245**.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita
2. Nome e Cognome
3. Indirizzo del luogo in cui si trova
4. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Assistenza diretta/in convenzione: non sono presenti prestazioni fornite direttamente all'assicurato da enti/strutture convenzionate con la compagnia.

Gestione da parte di altre imprese: non sono presenti prestazioni/garanzie gestite da altre imprese


Prescrizione: Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla Prestazione/Garanzia in conformità a quanto previsto all'Art. 2952 c.c.


Cosa fare in caso di sinistro?


Dichiarazioni inesatte o reticenti


Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni/Garanzie nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio ai sensi di quanto previsto dalle condizioni di


	Assicurazione, nonché dagli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile.
Obblighi dell'impresa	L'indennizzo è corrisposto all'assicurato non appena l'Ufficio Gestione Sinistri avrà terminato le attività di trattazione, verifica e valutazione del sinistro. È fondamentale la collaborazione dell'assicurato, nel seguire le procedure previste per la denuncia del sinistro e nel consegnare i documenti richiesti, al fine di giungere alla più rapida liquidazione

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle contenute nel DIP.
Rimborso	Per questa polizza non è previsto il rimborso del premio e pertanto non si applicano le relative trattenute previste per legge.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	La presente polizza avrà decorrenza dalle ore 24.00 del 30/11/2022 e scadenza alle ore 24.00 del 31/12/2023. Essa sarà tacitamente rinnovata alle medesime condizioni per un ulteriore anno e così di anno in anno in assenza di disdetta inviata da una delle parti all'altra, a mezzo lettera raccomandata A.R. entro e non oltre 30 giorni prima della data di scadenza.
Sospensione	Per questa polizza non sono previste particolari ipotesi di sospensione delle garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non applicabile
Risoluzione	Non sono previsti casi ulteriori che legittimano la risoluzione del contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Ai residenti in Italia, Soci di Cooperazione Salute S.M.S.	

 Quali costi devo sostenere?	
La presente polizza è gratuita per gli assicurati. Non prevede costi di intermediazione o altri costi aggiuntivi rispetto al pagamento del premio quando è distribuita direttamente dalla Compagnia assicurativa.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a IMA Italia Assistance S.p.A., Ufficio Reclami, Piazza Indro Montanelli 20, 20099 Sesto San Giovanni – fax: +39 02.26223973– p.e.c: imaitalia@pec.imaitalia.it. La funzione aziendale incaricata dell'esame dei reclami ricevuti è l'Ufficio Reclami di IMA Italia Assistance S.p.A. In ottemperanza alle vigenti disposizioni la risposta al reclamo avverrà entro 45 giorni dal suo ricevimento.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, trasmettendo il reclamo via posta a IVASS Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, oppure a mezzo fax al n. 06.42133206, o anche via p.e.c. all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. Info su: www.ivass.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). Sistema alternativo obbligatorio.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/finance/fin-net/ .

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Condizioni di assicurazione comprensive di Glossario

POLIZZA DI ASSICURAZIONE ASSISTENZA

“COOPERAZIONE SALUTE”

n. 043/22

Edizione 12/2022

IMA Italia Assistance S.p.A.

Gruppo IMA ITALIA Assistance

**Condizioni di Assicurazione
e
Informativa trattamento dati personali**

Glossario

Il presente paragrafo della Nota Informativa contiene ed esplica i termini tecnici comunemente utilizzati in un contratto assicurativo, che il Contraente potrà utilizzare per una migliore comprensione del contratto di Assicurazione.

Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del contratto di Assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente le Definizioni di cui alle Condizioni di Assicurazione.

Assicurato: nei rami danni, la persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo.

Assicuratore: La Società assicuratrice esercente professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa, autorizzata dall'IVASS e sottoposta alla sua vigilanza.

Assicurazione: l'operazione con cui un soggetto (Assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (Società) un rischio al quale egli è esposto.

Codice delle Assicurazioni: il Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come successivamente modificato.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione e si obbliga a pagare il premio. Il Contraente può non coincidere con l'Assicurato. Le due figure coincidono quando il Contraente assicura un interesse di cui è titolare (ad esempio, un bene di sua proprietà).

Danno indennizzabile: danno determinato in base alle condizioni tutte di polizza, senza tenere conto di eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo.

Franchigia: l'importo prestabilito, dedotto dal danno indennizzabile, che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale l'Assicuratore non riconosce l'indennizzo.

Indennizzo: la somma dovuta dall'Assicuratore all'Assicurato in caso di sinistro.

Massimale: l'obbligazione massima dell'Assicuratore per sinistro e/o per periodo assicurativo prevista per una specifica garanzia.

Polizza: il documento che prova l'esistenza del contratto.

Premio: il prezzo che il Contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'Assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della garanzia. I premi possono essere: unici, periodici, unici ricorrenti.

Risarcimento: la somma dovuta dall'Assicurato al terzo danneggiato in caso di sinistro.

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Rivalsa: il diritto che spetta all'Assicuratore nei confronti dell'Assicurato e che consente all'Assicuratore di recuperare dall'Assicurato gli importi pagati ai terzi danneggiati, nei casi in cui essa avrebbe avuto contrattualmente il diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Surrogazione: la facoltà dell'Assicuratore che abbia corrisposto l'Indennizzo di sostituirsi all'Assicurato nei diritti verso il terzo responsabile, qualora il danno dipenda dal fatto illecito di un terzo.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

INDICE

Definizioni	_____	56
Norme che regolano l'assicurazione in generale	_____	57
A) Prestazioni Di Assistenza Medica	_____	59
B) Prestazioni Di Assistenza in Viaggio	_____	64

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini la Società e il Contraente attribuiscono convenzionalmente questi significati:

Assicurato: la persona fisica residente in Italia, Socio di Cooperazione Salute SMS, così come comunicato dal Contraente alla Società, il cui interesse è protetto dalla presente polizza.

Assicurazione: il contratto di assicurazione

Contraente: COOPERAZIONE SALUTE SMS

Estero: Europa, Mondo.

Infortunio: il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Italia: Italia, incluse Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

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

Mondo: tutti i Paesi non rientranti nella definizione di "Italia".

Familiare: il coniuge, il convivente more uxorio, i figli, genitori, fratelli/sorelle, genero/nuora, nonni, nipoti, suoceri, cognato/cognata e quanti altri sono invece conviventi dell'assicurato purché risultanti da regolare certificato anagrafico.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione

Residenza: il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale

Sinistro: il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società: IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A.

Struttura Organizzativa: la struttura di IMA Servizi Scarl costituita da medici, tecnici e operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica Convenzione, sottoscritta con IMA Italia Assistance, provvede per incarico di questa ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni previste in Polizza.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Quando non risultino espressamente derogate valgono le seguenti condizioni di polizza:

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze influenti sulla valutazione del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Cod. Civ.

Le dichiarazioni inesatte od incomplete non comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione dell'assicurazione unicamente nel caso in cui siano avvenute senza dolo o colpa grave.

Art. 1.2 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società, mediante lettera raccomandata o telex, di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Cod. Civ.

L'omissione della comunicazione di circostanze aggravanti il rischio non comporta la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione dell'assicurazione se è avvenuta senza dolo o colpa grave.

Art. 1.3 - Rimborso delle somme spese per prestazioni indebitamente ricevute

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato la restituzione delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.

Art. 1.4 - Decorrenza e durata dell'assicurazione assistenza

L'assicurazione assistenza decorre dalla data di adesione a COOPERAZIONE SALUTE SMS da parte dell'Assicurato sempre che essa sia comunicata dal Contraente alla Società e che sia corrisposto il relativo premio; dura fino al 31/12 dell'annualità in corso.

Art. 1.5 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1913, 1915 Cod.Civ., l'Assicurato per aver diritto alle prestazioni garantite, prima di intraprendere qualsiasi iniziativa a titolo personale deve contattare la Struttura Organizzativa.

Le richieste di assistenza, nelle quali devono essere specificati i dati identificativi personali, l'indirizzo ed il recapito del luogo in cui si trova l'Assicurato ed il tipo di assistenza richiesto, possono essere formulate telefonicamente al numero **02-24128406** o tramite fax al numero tel. **02-24128245**.

Art. 1.6 - Mancato utilizzo delle prestazioni

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla Polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Art. 1.7 - Struttura Organizzativa

L'erogazione delle prestazioni di Assistenza è garantita dalla Società tramite la Struttura Organizzativa della controllata IMA Servizi Scarl, in funzione 24 ore su 24, la quale mette a disposizione degli Assicurati il numero 02-24128406 esclusivamente dedicate ai Soci aderenti a COOPERAZIONE SALUTE SMS, ai quali il personale della Struttura Organizzativa risponderà qualificandosi "COOPERAZIONE SALUTE Assistenza, buongiorno".

Art. 1.8 - Esclusioni valide per tutte le garanzie e prestazioni

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c) dolo dell'Assicurato;
- d) suicidio o tentato suicidio;
- e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
- f) malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;
- g) infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;
- h) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- i) le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. A riguardo si intendono come paesi in stato di belligeranza quelli segnalati tali sul sito del Ministero degli Esteri.

1.9 Legge applicabile

La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

1.10 Segreto professionale

L'Assicurato libera dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato dopo o anche prima del sinistro nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.

1.11 Prescrizione

Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 Cod.Civ.

1.12 Esclusione di compensazioni alternative

Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

1.13 Limitazione di responsabilità

La Società non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

1.14 Estensione territoriale

L'Assicurazione Assistenza avrà vigore in Italia e nel Mondo.

PRESTAZIONI E GARANZIE

A) PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA

Art. A.1 Oggetto della garanzia

La garanzia ha per oggetto le prestazioni di Assistenza di seguito elencate:

1- Consulenza medica telefonica/Videoconsulto medico

Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato necessiti di informazioni sanitarie e/o consigli medici, potrà contattare la Struttura Organizzativa per una consulenza medica telefonica erogabile h24 7/7. Qualora l'Assicurato lo desideri e sia dotato dei necessari dispositivi, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di prenotare un videoconsulto dal lunedì al venerdì (10-13 e 15-18).

Si precisa che la consulenza medica, considerate anche le modalità di prestazione del servizio, non fornisce diagnosi e/o prescrizioni ed è prestata sulla base delle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato. La stessa non sostituisce una visita medica né il servizio di guardia medica o il servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

La prestazione di Videoconsulto viene fornita per un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

2- Tutoring Assistenziale in Italia

Prestazione erogabile esclusivamente in Italia.

(Servizio attivo dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali).

Nel caso del verificarsi di situazioni di fragilità, anche temporanea, dell'Assicurato, dei suoi ascendenti di primo grado e del suo Nucleo Familiare (di seguito Beneficiari) l'Assicurato dovrà necessariamente contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, per ricevere informazioni e attivare il servizio di Tutoring Assistenziale, che consiste nell'Analisi dei bisogni e definizione del Piano di Assistenza personalizzato per esigenze legate a fragilità e/o non autosufficienza parziale, totale, temporanea o permanente dell'Assicurato/Beneficiario.

Il Tutor Assistenziale effettuerà un'attenta analisi dei bisogni assistenziali dell'Assicurato/Beneficiario e del suo contesto familiare e provvederà, attraverso una valutazione professionale del caso, a proporre un Piano di Assistenza definito in modo personalizzato. Il Piano di Assistenza è composto da:

- Elenco completo di servizi in risposta al bisogno rilevato;
- Informazioni riguardo le modalità di accesso ai servizi pubblici offerti sul territorio e/o in forma privata (in via esclusiva o ad integrazione);
- Informazioni su prestazioni spettanti in relazione allo status di non autosufficienza e sulle procedure da seguire per accedervi.

La prestazione di Tutoring Assistenziale viene fornita per un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

3- Invio di un medico/pediatra in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Assicurato necessiti di un medico/pediatra presso la sua residenza e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici/pediatri convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei pediatri convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa invierà un medico generico o organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

4- Consulenza specialistica telefonica

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, non riuscisse a reperire il proprio specialista di fiducia (ginecologo, ortopedico, cardiologo, geriatrico) e necessiti valutare il proprio stato di salute, potrà contattare la Struttura Organizzativa e chiedere un consulto specialistico telefonico. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni. Qualora non fosse possibile reperire immediatamente il medico specialista, l'Assicurato verrà richiamata entro le successive 8 ore lavorative, dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì.

La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

5- Trasferimento sanitario programmato in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un trasferimento sanitario programmato, la Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico da parte dei propri medici e d'intesa con i medici curanti, provvederà a organizzare:

- il suo trasferimento presso l'istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso
- il suo trasferimento alla residenza a seguito dimissione ospedaliera.

La Struttura Organizzativa provvederà all'invio di un'autoambulanza/taxi, tenendo a carico il costo fino ad un massimale di 200 km per sinistro. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 per le urgenze.

6 – Second Opinion Medico Specialistica

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, desideri far riesaminare la propria documentazione clinica al fine di ottenere una Second Opinion, potrà contattare la Struttura Organizzativa che metterà a disposizione la propria equipe medica per sottoporre il caso al parere di uno specialista presso un centro medico d'eccellenza in Italia o all'estero.

L'Assicurato dovrà spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il suo caso per il quale richiede la second opinion e dovrà inviare tutta la documentazione medica relativa in suo possesso. I medici della Struttura

Organizzativa verificheranno tutta la documentazione pervenuta e provvederanno ad inviarla al centro medico ritenuto eccellente per la patologia dell'Assicurato.

Entro 10 gg lavorativi dalla ricezione della documentazione, la Struttura Organizzativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica, se necessario, tradotta in lingua italiana.

La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio. Il costo di ulteriori eventuali specifiche indagini cliniche o scientifiche sarà a carico dell'Assicurato. Il Centro Medico di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso. I costi della visita specialistica saranno a carico della Struttura Organizzativa, così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 500,00.

La prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

7 – Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assicurato rilasciata al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (protezione dei dati) e alla relativa normativa interna di adeguamento.

8- Consegna farmaci presso la residenza

Qualora l'Assicurato non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia, per le cure del caso, necessari, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci presso la residenza.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

9 – Servizio spesa a casa in Italia

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di infortunio immobilizzante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa, nelle prime due settimane di convalescenza, di effettuare la consegna presso la sua residenza di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana. Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

10 - Assistenza infermieristica a domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura, necessari di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico IMA, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, per un

massimale di € 300,00 (IVA compresa) per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza.

La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

11 - Assistenza fisioterapica a domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura, necessiti di assistenza fisioterapica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico IMA, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza fisioterapica specializzata per un massimale di € 300,00 (IVA compresa) per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

La prestazione viene fornita dalle ore 8 alle ore 18, dal lunedì al venerdì.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

12 - Collaboratrice familiare in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura, necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per attendere alle normali attività di conduzione della propria abitazione, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una collaboratrice familiare tenendo a proprio carico il costo fino a un massimale di € 300,00 (IVA compresa) per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

13 - Invio Old-Sitter (OSS) in Italia

Qualora l'Assicurato, ricoverato in un Istituto di Cura, a seguito di infortunio o malattia, richieda l'assistenza per i familiari conviventi non autosufficienti rimasti soli, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un operatore sociosanitario tenendo a proprio carico le spese fino a un massimale di € 300,00 (IVA compresa) per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

Il personale sarà messo a disposizione nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni locali. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di

ricovero dell'Istituto di Cura.

14 - Ricerca e invio di dog-sitter o cat-sitter in Italia

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di malattia o di infortunio che abbia dato luogo a ricovero in un Istituto di Cura, necessiti di un dog/cat-sitter, la Struttura Organizzativa si incaricherà di reperire ed inviare un dog/cat-sitter che presterà assistenza all'animale domestico tenendo a proprio carico le spese relative fino a un massimale di € 300,00 (IVA compresa) per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

Art. A.2 DISPOSIZIONI E LIMITAZIONI

Le prestazioni di assistenza (con esclusione della consulenza medica telefonica) sono fornite fino per un massimo di tre volte nel periodo di validità della polizza.

La durata massima della copertura per ogni periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità della garanzia è di 60 giorni.

Art. A.3 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per erogare le prestazioni la Struttura Organizzativa sarà a disposizione tutti i giorni dell'anno, 24h/24, di tutti gli assicurati che chiameranno il numero:

02-24128406

In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al numero 02/24128245.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1. Il tipo di assistenza di cui necessita***
- 2. Nome e Cognome***
- 3. Indirizzo del luogo in cui si trova***
- 4. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza.***

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

B) ASSISTENZA IN VIAGGIO (ad oltre 50 km dal luogo di residenza in Italia dell'Assicurato)

Art. B.1 Oggetto della garanzia

La garanzia ha per oggetto le prestazioni di Assistenza di seguito elencate:

1 - Invio interprete all'estero

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero, venga ricoverato a seguito di malattia o infortunio, ed incontri difficoltà a comunicare nella locale lingua, la Struttura Organizzativa provvederà a reperire in loco un interprete e terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 8 ore lavorative.

La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

2 - Invio medicinali all'estero

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero, a seguito di malattia o infortunio, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Assicurato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

3 - Segnalazione di un medico specialista all'estero

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero, a seguito di malattia o infortunio, abbia bisogno di una visita specialistica, la Struttura Organizzativa gli indicherà il nominativo dello specialista più vicino, compatibilmente con le disponibilità locali.

La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

4 - Prolungamento soggiorno

Qualora l'Assicurato in viaggio, sia costretto, a seguito di infortunio o malattia, a prolungare la sua permanenza oltre la data prevista per il ritorno, la Struttura Organizzativa provvederà a prenotargli un albergo, tenendo a proprio carico le spese relative alla camera e alla prima colazione per un massimo di tre giorni e con il limite giornaliero di € 70,00 (IVA Inclusa).

L'Assicurato è tenuto a fornire, a richiesta della Struttura Organizzativa, il certificato medico rilasciato sul posto dal medico curante. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

5 - Viaggio di un familiare

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa

provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

6 - Assistenza ai minori di anni 12

Qualora l'Assicurato in viaggio, a seguito di infortunio o malattia, venga ricoverato in istituto di cura, e qualora in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un persona di fiducia per assistere i minori di 12 anni rimasti soli durante il ricovero, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1a classe) o se il viaggio supera le sei ore in aereo (classe economica) e tenendo a proprio carico i relativi costi.

La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di pernottamento in loco e prima colazione per la persona di fiducia, per una durata massima di due notti e fino ad un importo massimo di € 300,00 (IVA Inclusa) per evento.

La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

7 - Prolungamento soggiorno dei familiari

Qualora l'Assicurato in viaggio, a seguito di infortunio o malattia, venga ricoverato in istituto di cura, e qualora gli altri familiari intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di rientro all'abitazione o di pernottamento in loco e prima colazione per i familiari, per una durata massima di due notti e fino ad un importo massimo di € 300,00 (Iva Inclusa) per evento.

La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

8 - Rientro anticipato o posticipato

Qualora l'Assicurato in viaggio organizzato, a seguito di infortunio o malattia, come certificato dal medico curante, debba rientrare alla propria residenza anticipatamente o successivamente alla data prevista per il ritorno, la Struttura Organizzativa provvederà a mettere a sua disposizione, tenendo a carico il relativo costo, un biglietto, in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o in altro mezzo di trasporto.

L'Assicurato è tenuto a fornire, a richiesta della Struttura Organizzativa, il certificato medico rilasciato sul posto dal medico curante.

La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

Art. B.2 DISPOSIZIONI E LIMITAZIONI

Le prestazioni di assistenza (con esclusione della consulenza medica telefonica) sono fornite fino per un massimo di tre volte nel periodo di validità della polizza.

La durata massima della copertura per ogni periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità della garanzia è di 60 giorni.

Art. B.3 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per erogare le prestazioni la Struttura Organizzativa sarà a disposizione tutti i giorni dell'anno, 24h/24, di tutti gli assicurati che chiameranno il numero:

02-24128406

In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al numero 02/24128245.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1. Il tipo di assistenza di cui necessita**
- 2. Nome e Cognome**
- 3. Indirizzo del luogo in cui si trova**
- 4. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza.**

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

ATTO DI INFORMAZIONE EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A., (C. f.: 09749030152 - P. IVA: 02069150965) (infra “IMA ITALIA”), in persona del suo legale rappresentante pro tempore, con sede legale in Sesto S. Giovanni (MI), Piazza Indro Montanelli, 20, in qualità di Titolare del trattamento ex artt. 4 n. 7) e 24 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR), informa, ai sensi dell’art. 13 del GDPR, che i dati personali, descritti all’art. 1, saranno trattati, da parte di IMA ITALIA, per l’esecuzione delle finalità di trattamento descritte all’art. 2.

1. Categoria dei dati personali oggetto di trattamento.

1.1. IMA ITALIA raccoglie e tratta, al fine di perseguire le finalità di trattamento descritte all’art. 2, le seguenti informazioni riguardanti, a seconda delle circostanze fattuali/contrattuali, principalmente le seguenti categorie di soggetto interessato ex art. 4 n. 1) del GDPR: assicurato (anche aderente¹); contraente; beneficiario; componente familiare/soggetto delegato dall’assicurato/beneficiario²:

- i. Dati personali ex art. 4 n. 1) del GDPR cd. identificativi/comuni/di contatto (es. nome; cognome; data e luogo di nascita; codice fiscale; indirizzo di residenza/domicilio/dimora; numero di telefono; indirizzo e-mail; grado di parentela; informazioni relative al documento d’identità (es. tipo e numero del documento; data di emissione; scadenza; luogo/ente di rilascio; nazionalità); targa del veicolo, ove necessario; numero di polizza assicurativa; sesso; informazioni identificative del titolo di viaggio, ove necessario), ivi inclusi i dati bancari/finanziari (es. numero di conto corrente bancario/postale) e/o relativi all’ubicazione/localizzazione ove necessari, nonché qualsivoglia altra informazione, ivi non descritta in via esemplificativa, legata, direttamente o indirettamente, al sinistro e/o alla richiesta di assistenza assicurativa occorsa/segnalata/comunicata (es. registrazione telefonica avuta con un operatore di IMA ITALIA), onde così fornire, al meglio, l’assistenza/copertura assicurativa contrattualmente pattuita con IMA ITALIA (infra solo “**dati personali**”).
- ii. Dati personali cd. particolari ex art. 9 paragrafo 1) del GDPR, trattati, ove necessario, a seguito di una corretta, compiuta e tempestiva gestione di un sinistro e/o di una richiesta di assistenza assicurativa occorsa/segnalata/comunicata, onde così fornire, al meglio, l’assistenza/copertura assicurativa contrattualmente pattuita con IMA ITALIA (es. informazioni sullo stato di salute ovvero sulla necessità di prestazioni/assistenza medica/sanitaria/sociosanitaria, anche domiciliare (es. ricovero ospedaliero; infortunio; malattia; diagnosi/terapia medico-sanitaria; decesso; spese mediche) (infra solo “**dati personali cd. particolari**”).
- iii. Dati personali cd. giudiziari ex art. 10 del GDPR, ivi inclusa qualsivoglia informazione circa un coinvolgimento, attivo/passivo e/o diretto/indiretto, in una vertenza giudiziale/stragiudiziale di natura civile/penale/amministrativa (infra “**dati personali cd. giudiziari**”).

Stante l’eterogeneità soggettiva ed oggettiva delle categorie di informazioni personali sopra descritte, IMA ITALIA ricorda, al riguardo, che tratterà, esclusivamente, quelle informazioni personali strettamente necessarie per eseguire ciascuna finalità di trattamento descritta al successivo art. 2, in ossequio ai principi ex art. 5 del GDPR, e in base allo specifico prodotto/contratto/polizza assicurativa sottoscritta con IMA ITALIA.

1.2. IMA ITALIA precisa, infine, che i soggetti, meglio descritti al precedente art. 1.1. (ossia: assicurato (anche aderente); contraente; beneficiario; componente familiare/soggetto delegato dall’assicurato/beneficiario), rivestono, in modo tra loro singolare, la qualifica di soggetto interessato ex art. 4 n. 1) del GDPR.

2. Finalità di trattamento e relativa base giuridica.

2.1. I dati personali e, ove necessario ed opportuno, i dati personali cd. particolari e/o i dati personali cd. giudiziari sono/possono essere trattati, da parte di IMA ITALIA, per l’esecuzione della seguente (macro) finalità di trattamento:

- a. Esecuzione, anche a distanza, del rapporto (pre)contrattuale/polizza³ assicurativo/a⁴, ivi inclusa l’esecuzione di qualsivoglia adempimento di natura contrattuale/normativa connesso, direttamente o indirettamente, al compiuto perseguimento del relativo rapporto/scopo assicurativo⁵ (es. raccolta del premio; compiuta gestione/erogazione

¹ Cfr., anche in via analogica, art. 2 comma 1) lettera a) del Regolamento IVASS n. 40 del 2.8.2018: “aderente”: “Il soggetto che valuta e liberamente decide di usufruire della copertura di un contratto assicurativo, manifestando un’espressa volontà e sostenendo in tutto o in parte, direttamente o indirettamente, l’onere economico del premio”.

² Per semplicità, si riporta, integralmente, quanto precisato nelle sezioni “glossario” e “definizioni” delle condizioni di assicurazione rilasciate da IMA ITALIA: “assicurato”: “...la persona nell’interesse della quale è stipulato il contratto nonché titolare del diritto all’eventuale indennizzo”; “contraente”: “il soggetto che stipula l’assicurazione e si obbliga a pagare il premio. Il Contraente può non coincidere con l’Assicurato. Le due figure coincidono quando il Contraente assicura un interesse di cui è titolare...”; “beneficiario”: “gli eredi dell’Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte dell’Assicurato”; “Famigliare”: “coniuge, convivente, figli, genitori, genero o nuora, fratelli, cognati, suoceri, nonni, nipoti dell’Assicurato, nonché quant’altri con lui stabilmente convivente, purché risultante da regolare certificazione”. Cfr., altresì, il Regolamento IVASS n. 44 del 12.2.2019: “beneficiario”: “la persona fisica o il soggetto diverso da una persona fisica che, sulla base della designazione effettuata dal contraente o dall’assicurato, ha diritto di percepire la prestazione assicurativa corrisposta dall’impresa di assicurazione”.

³ Cfr. art. 1888 c.c., e art. 2 comma 1) lettera ii) del Regolamento IVASS n. 40 del 2.8.2018: “polizza”: “documento probatorio del contratto di assicurazione, ai sensi dell’articolo 1888 del Codice civile”.

⁴ Cfr. art. 1 comma 1) lettera c) del D. lgs. n. 209/2005: “attività assicurativa”: “l’assunzione e la gestione dei rischi effettuata da un’impresa di assicurazione”.

⁵ Cfr. Raccomandazione R (2002)9 del Comitato dei ministri agli Stati membri sulla protezione dei dati personali raccolti e trattati per scopi assicurativi, art. 1 lettera c): “l’espressione “per scopi assicurativi”, si riferisce ad ogni operazione che comporti la raccolta e il trattamento di dati personali con riguardo alla copertura di un rischio, in particolare sulla base di una polizza o di un contratto assicurativo”.

dell'assistenza/copertura/prestazione/pratica assicurativa, ivi inclusa la gestione/liquidazione del relativo sinistro/evento oggetto di copertura assicurativa; risoluzione di una controversia in materia di indennizzo/pagamento di altri benefici; adeguata verifica della clientela, ove necessario; prevenzione, individuazione e/o perseguimento di una frode assicurativa; determinazione/valutazione/gestione di un rischio assicurativo; riassicurazione⁶; co-assicurazione; attività gestionali interne al gruppo imprenditoriale di cui fa parte IMA ITALIA).

Nel rispetto dell'art. 13 paragrafo 2) lettera e) del GDPR, IMA ITALIA precisa che l'eventuale mancata comunicazione (anche parziale, ove necessario) dei dati personali e, ove necessario, dei dati personali cd. particolari e/o dei dati personali cd. giudiziari può, eventualmente, determinare l'impossibilità, da parte di IMA ITALIA, di eseguire, in modo corretto e compiuto, la (macro) finalità di trattamento di cui all'art. 2.1. lettera a) di sopra.

Nel rispetto dell'art. 13 paragrafo 2) lettera c) del GDPR, IMA ITALIA informa del diritto di revocare, in qualsiasi momento, il consenso eventualmente prestato per il trattamento dei dati personali cd. particolari al fine di dare esecuzione alla (macro) finalità di trattamento di cui all'art. 2.1. lettera a), mediante l'utilizzo dei dati di contatto descritti al successivo art. 7, senza che tale evento possa pregiudicare la liceità del trattamento fondato sul consenso fornito prima della revoca: tenuto conto di ciò, IMA ITALIA precisa, tuttavia, che l'eventuale mancato consenso ovvero l'eventuale revoca al consenso precedentemente fornito incide, senz'altro, sulla possibilità, da parte di IMA ITALIA, di attuare, in modo compiuto e completo, la (macro) finalità di trattamento di cui all'art. 2.1. lettera a) (in particolar modo, con riguardo all'esecuzione della polizza assicurativa, ivi inclusa la gestione dell'assistenza/copertura/prestazione/pratica assicurativa, e la gestione/liquidazione del relativo sinistro/evento oggetto di copertura assicurativa).

A tal riguardo, IMA ITALIA precisa che la base giuridica della (macro) finalità di trattamento di cui all'art. 2.1. lettera a) si rinviene nelle seguenti disposizioni normative, oltre al D. lgs. n. 209/2005: art. 6 paragrafo 1) lettere b) c) del GDPR, per i dati personali; art. 9 paragrafo 2) lettera a) del GDPR, per gli eventuali dati personali cd. particolari; art. 4.7. della Raccomandazione R(2002)9 del Comitato dei ministri agli Stati membri sulla protezione dei dati personali raccolti e trattati per scopi assicurativi, da leggersi, in combinato disposto, con l'art. 10 del GDPR, e con l'art. 2 octies comma 3) lettera d) del novellato D. lgs. n. 196/2003 (Codice Privacy), per gli eventuali dati personali cd. giudiziari.

2.2. I dati personali e, ove necessario ed opportuno, i dati personali cd. particolari e/o i dati personali cd. giudiziari sono/possono essere trattati, da parte di IMA ITALIA, per l'esecuzione della seguente finalità di trattamento:

- b.** Riconoscimento/esercizio/difesa di un diritto/interesse, anche in sede giudiziaria.

A tal riguardo, IMA ITALIA precisa che la base giuridica della finalità di trattamento di cui all'art. 2.2. lettera b) si rinviene nelle seguenti disposizioni normative: art. 6 paragrafo 1) lettera f) del GDPR, per i dati personali; art. 9 paragrafo 2) lettera f) del GDPR, per gli eventuali dati personali cd. particolari; art. 4.7. della Raccomandazione R(2002)9 del Comitato dei ministri agli Stati membri sulla protezione dei dati personali raccolti e trattati per scopi assicurativi, da leggersi, in combinato disposto, con l'art. 10 del GDPR, e con l'art. 2 octies comma 3) lettera e) del Codice Privacy, per gli eventuali dati personali cd. giudiziari.

Nel rispetto dell'art. 13 paragrafo 1) lettera d) del GDPR, IMA ITALIA precisa che il legittimo interesse perseguito, ove necessario ed opportuno, mediante questa finalità di trattamento, consiste nel tutelare i propri diritti/interessi, anche in sede giudiziale, dinanzi a potenziali (o presunte) condotte ritenute illecite/illegittime.

2.3. I dati personali sono/possono essere trattati, da parte di IMA ITALIA, per l'esecuzione delle seguenti finalità di trattamento:

- c.** Gestione/risoluzione/riscontro di/a un reclamo⁷;
- d.** Attività statistica, anche volta a migliorare la conoscenza del mercato assicurativo;
- e.** Verifica della qualità dei servizi offerti (customer satisfaction), mediante un apposito questionario/intervista.

A tal riguardo, IMA ITALIA precisa che la base giuridica di ciascuna finalità di trattamento di cui all'art. 2.3. si rinviene nelle seguenti specifiche disposizioni normative: per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.3. lettera c): art. 6 paragrafo 1) lettera c) del GDPR, da leggersi, in combinato disposto (anche in via analogica, ove necessario), con il Regolamento ISVAP n. 24 del 19.5.2008; per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.3. lettera d): art. 6 paragrafo 1) lettere c) e f) del GDPR, da leggersi, in combinato disposto (anche in via analogica), con il Regolamento IVASS n. 36 del 28.2.2017; per la finalità di trattamento di cui all'art. 2.3. lettera e): art. 6 paragrafo 1) lettera f) del GDPR.

Nel rispetto dell'art. 13 paragrafo 1) lettera d) del GDPR, IMA ITALIA precisa che il legittimo interesse perseguito mediante la finalità di trattamento descritta all'art. 2.3. lettera d) consiste nel migliorare (e approfondire) la conoscenza del mercato assicurativo; invece, il legittimo interesse perseguito mediante la finalità di trattamento descritta all'art. 2.3. lettera e) consiste nel comprendere le eventuali aree/ambito di miglioramento nei servizi erogati.

2.4. I dati personali sono/possono essere trattati, da parte di IMA ITALIA, per l'esecuzione della seguente finalità di trattamento, previa raccolta di uno specifico, informato ed inequivocabile consenso da parte del soggetto interessato:

- f.** Attività pubblicitaria/promozionale/commerciale (ivi inclusa, la ricerca di mercato) di uno o più prodotti assicurativi, da svolgersi, nel rispetto dei principi/prescrizioni ex art. 182 del D. lgs. n. 209/2005⁸, direttamente ovvero tramite intermediari, mediante modalità automatizzate/elettroniche/telematiche (es. e-mail; sito internet; mobile app; social page; newsletter) ovvero mediante modalità non automatizzate/tradizionali (es. posta cartacea; sms; articoli).

Nel rispetto dell'art. 13 paragrafo 2) lettera c) del GDPR, IMA ITALIA informa del diritto di revocare, in qualsiasi momento, il consenso

⁶ Cfr. art. 1 comma 1) lettera d) capoverso 1) del D. lgs. n. 209/2005: "attività riassicurativa": "l'assunzione e la gestione dei rischi ceduti da un'impresa di assicurazione, anche di uno Stato terzo, o retrocessi da un'impresa di riassicurazione".

⁷ Cfr. art. 2 comma 1) lettera t bis) del Regolamento ISVAP n. 24 del 19.5.2008: "reclamo": "una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso relativa a un contratto o a un servizio assicurativo...".

⁸ Ove applicabile anche in via analogica, anche nel rispetto del Regolamento IVASS n. 40 del 2.8.2018, artt. 82 e 83.

eventualmente prestato per il trattamento dei dati personali al fine di dare esecuzione alla finalità di trattamento illustrata all'art. 2.4. lettera f), mediante l'utilizzo dei dati di contatto descritti al successivo art. 7, senza che tale evento possa pregiudicare la liceità del trattamento fondata sul consenso fornito prima di tale revoca.

A tal riguardo, IMA ITALIA precisa che la base giuridica della finalità di trattamento di cui all'art. 2.4. lettera f) si rinviene nelle seguenti disposizioni normative: art. 6 paragrafo 1) lettera a) del GDPR, da leggersi, assieme, agli artt. 82 e 83 del Regolamento IVASS n. 40 del 2.8.2018, e all'art. 4.8. della Raccomandazione R (2002)9 del Comitato dei ministri agli Stati membri sulla protezione dei dati personali raccolti e trattati per scopi assicurativi.

3. Periodo di conservazione.

3.1. In ossequio all'art. 13 paragrafo 2) lettera a) del GDPR, IMA ITALIA comunica i seguenti periodi/criteri temporali di conservazione, al termine dei quali i dati personali e/o gli eventuali dati personali cd. particolari e/o gli eventuali dati personali cd. giudiziari saranno soggetti a cancellazione, distruzione ovvero anonimizzazione, a meno che risulti necessaria un'ulteriore conservazione al fine di adempiere ad un onere normativo/regolamentare anche sopraggiunto ovvero al fine di tutelare/accertare un diritto/interesse, anche in sede giudiziale: **(i)** per l'esecuzione della (macro) finalità di trattamento di cui all'art. 2.1. lettera a): in via generale, n. 10 anni ex art. 2220 comma 1) c.c., da leggersi assieme (e in via analogica, ove necessario) agli artt. 5 comma 5) e 8 comma 1) del Regolamento ISVAP n. 27 del 14.10.2008 (da leggersi, a sua volta, in combinato disposto, con gli artt. 101 e 165 del D. lgs. n. 206/2005); **(ii)** per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.2. lettera b): in via generale, n. 10 anni, decorrenti dalla definitiva cessazione dell'eventuale contenzioso giudiziale/stragiudiziale (cfr. in via analogica: documento "Sistema archivistico nazionale – linee guida selezione e scarto atti", a firma dell'Agenzia delle Entrate); **(iii)** per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.3. lettera c): in via generale, n. 5 anni decorrenti dalla definitiva definizione del reclamo, nel rispetto di quanto prescritto all'interno della relativa procedura organizzativa predisposta, da IMA ITALIA, in ossequio al Regolamento ISVAP n. 24 del 19.5.2008; **(iv)** per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.3. lettera d): in via generale, n. 2 anni; **(v)** per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.3. lettera e): in via generale, n. 1 anno; **(vi)** per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.4. lettera f): sino alla revoca del consenso, precedentemente fornito.

4. Destinatari.

4.1. In ossequio all'art. 13 paragrafo 1) lettera e) del GDPR, IMA ITALIA precisa che i dati personali e/o gli eventuali dati personali cd. particolari e/o gli eventuali dati personali cd. giudiziari possono essere oggetto di comunicazione, ove necessario ed opportuno, a uno o più destinatari ex art. 4 n. 9) del GDPR, così individuati, in via generale, per categoria: **(i)** per l'esecuzione della (macro) finalità di trattamento di cui all'art. 2.1. lettera a): soggetti autorizzati al trattamento ex artt. 4 n. 10), 29 e 32 paragrafo 4) del GDPR da IMA ITALIA (infra "soggetti autorizzati al trattamento da IMA ITALIA"); società controllate/controllanti/facienti parte del gruppo imprenditoriale di IMA ITALIA (es. IMA SERVIZI S.c.a.r.l.), nel rispetto del Considerando n. 48) del GDPR, e dell'art. 30 septies del D. lgs. n. 206/2005 (da leggersi, assieme, al Regolamento IVASS n. 38 del 3.7.2018); soggetti/fornitori facenti parte, a vario titolo, della cd. catena assicurativa, meglio descritta nel Provvedimento del Garante Privacy italiano del 26.4.2007 [doc. web n. 1410057] ovvero la cui prestazione professionale (e non professionale) risulta necessaria/funzionale alla completa predisposizione/gestione del dossier/pratica assicurativo/a (es. intermediario/distributore/agente/broker; perito; riassicuratore; co-assicuratore; liquidatore; medico (fiduciario assicurativo); artigiano/impresa specializzato/a; operatore/equipe (socio) sanitario/sociale); società/imprese/professionisti che forniscono servizi connessi, direttamente o indirettamente, all'esecuzione della (macro) finalità di trattamento di specie (es. società ICT; consulente legale/fiscale); IVASS; ANIA; soggetti legittimamente operanti all'interno del SIC (Sistema Informazioni Creditizie), così come previsto dal Codice di condotta per i sistemi informativi gestiti da soggetti privati in tema di crediti al consumo, affidabilità e puntualità nei pagamenti, di cui al Provvedimento del Garante Privacy italiano n. 163 del 12.9.2019 [doc. web n. 9141941]; **(ii)** per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.2. lettera b): soggetti autorizzati al trattamento da IMA ITALIA; società controllate/controllanti/facienti parte del gruppo imprenditoriale di IMA ITALIA; società/imprese/professionisti che forniscono servizi connessi, direttamente o indirettamente, all'esecuzione della finalità di trattamento di specie (es. consulente legale); **(iii)** per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.3. lettera c): soggetti autorizzati al trattamento da IMA ITALIA; società controllate/controllanti/facienti parte del gruppo imprenditoriale di IMA ITALIA; IVASS; società/imprese/professionisti che forniscono servizi connessi, direttamente o indirettamente, all'esecuzione della finalità di trattamento di specie (es. consulente legale); **(iv)** per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.3. lettera d): soggetti autorizzati al trattamento da parte di IMA ITALIA; società controllate/controllanti/facienti parte del gruppo imprenditoriale di IMA ITALIA; IVASS; **(v)** per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.3. lettera e): soggetti autorizzati al trattamento da parte di IMA ITALIA; società controllate/controllanti/facienti parte del gruppo imprenditoriale di IMA ITALIA; società/imprese/professionisti che forniscono servizi connessi, direttamente o indirettamente, all'esecuzione della finalità di trattamento di specie (es. società di call center/customer care); **(vi)** per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.4. lettera f): soggetti autorizzati al trattamento da IMA ITALIA; società controllate/controllanti/facienti parte del gruppo imprenditoriale di IMA ITALIA; società/imprese/professionisti che forniscono servizi connessi, direttamente o indirettamente, all'esecuzione della finalità di trattamento di specie (es. distributore; società/agenzia di (web) marketing).

5. Trasferimento.

5.1. I dati personali e/o gli eventuali dati personali cd. particolari e/o gli eventuali dati personali cd. giudiziari sono/possono essere conservati all'interno di archivi automatizzati/parzialmente automatizzati/non automatizzati appartenenti, o comunque riconducibili, anche in via indiretta, a IMA ITALIA, ed ubicati all'interno dello Spazio Economico Europeo (SEE).

6. Diritti del soggetto interessato.

6.1. In relazione ai dati personali e/o agli eventuali dati personali cd. particolari e/o agli eventuali dati personali cd. giudiziari, IMA ITALIA informa della facoltà di esercitare i seguenti diritti eventualmente soggetti alle ulteriori limitazioni previste dagli artt. 2 undecies e 2 duodecies del Codice Privacy: diritto di accesso ex art. 15 del GDPR: diritto di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali, oltre che le informazioni di cui all'art. 15 del GDPR (es. finalità di trattamento, periodo di conservazione); diritto di rettifica ex art. 16 del GDPR: diritto di correggere, aggiornare o integrare i dati personali; diritto alla cancellazione ex art. 17 del GDPR: diritto di ottenere la cancellazione o distruzione o anonimizzazione dei dati personali, laddove tuttavia ricorrano i presupposti elencati nel medesimo articolo; diritto di limitazione del trattamento ex art. 18 del GDPR: diritto con connotazione marcatamente cautelare, teso ad ottenere la limitazione del trattamento laddove sussistano le ipotesi disciplinate dallo stesso art. 18; diritto alla portabilità dei dati ex art. 20 del GDPR: diritto di ottenere i dati personali, forniti a IMA ITALIA, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da un sistema automatico (e, ove richiesto, di trasmetterli, in modo diretto, ad un altro Titolare del trattamento), laddove sussistano le specifiche condizioni indicate dal medesimo articolo (es. base giuridica del consenso e/o esecuzione di un contratto; dati personali forniti dall'interessato); diritto di opposizione ex art. 21 del GDPR: diritto di ottenere la cessazione, in via permanente, di un determinato trattamento di dati personali; diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (ossia, Garante Privacy italiano) ex art. 77 del GDPR: diritto di proporre reclamo laddove si ritiene che il trattamento oggetto d'analisi violi la normativa nazionale e comunitaria sulla protezione dei dati personali.

6.2. In aggiunta ai diritti descritti al precedente art. 6.1., IMA ITALIA precisa che sussiste, ove possibile e conferente, la facoltà di esercitare, da un lato, il (sotto) diritto previsto dall'art. 19 del GDPR ("Il titolare del trattamento comunica a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate a norma dell'articolo 16, dell'articolo 17, paragrafo 1, e dell'articolo 18, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. Il titolare del trattamento comunica all'interessato tali destinatari qualora l'interessato lo richieda"), da considerarsi connesso e collegato all'esercizio di uno o più diritti regolamentati agli artt. 16, 17 e 18 del GDPR; dall'altro lato, IMA ITALIA precisa che sussiste, ove possibile e conferente, la facoltà di esercitare il diritto previsto dall'art. 22 paragrafo 1) del GDPR ("L'interessato ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che lo riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona"), fatte salve le eccezioni previste dal successivo paragrafo 2).

6.3. In ossequio all'art. 12 paragrafo 1) del GDPR, IMA ITALIA si impegna a fornire le comunicazioni di cui agli artt. da 15 a 22 e 34 del GDPR in forma concisa, trasparente, intellegibile, facilmente accessibile e con un linguaggio semplice e chiaro: tali informazioni saranno fornite per iscritto o con altri mezzi eventualmente elettronici ovvero, su richiesta del soggetto interessato, saranno fornite oralmente purché sia comprovata, con altri mezzi, l'identità di quest'ultimo.

6.4. In ossequio all'art. 12 paragrafo 3) del GDPR, IMA ITALIA informa che si impegna a fornire le informazioni relative all'azione intrapresa riguardo ad una richiesta ai sensi degli artt. da 15 a 22 del GDPR senza ingiustificato ritardo e, comunque, al più tardi entro un mese dal ricevimento della richiesta stessa; tale termine può essere prorogato di n. 2 mesi se necessario, tenuto conto della complessità e del numero delle richieste (in tal caso, IMA ITALIA si impegna ad informare di tale proroga e dei motivi del ritardo, entro un mese dal ricevimento della richiesta).

6.5. I sopra descritti diritti (fatta eccezione per il diritto ex art. 77 del GDPR) possono essere esercitati mediante i dati di contatto illustrati al successivo art. 7.

7. Dati di contatto.

7.1. IMA ITALIA può essere contattata al seguente recapito: ufficioprotezionedati@imaitalia.it

7.2. Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) ex art. 37 del GDPR, nominato dal gruppo imprenditoriale di cui fa parte IMA ITALIA, può essere contattato al seguente recapito: dpoimaitalia@imaitalia.it.

Sesto S. Giovanni (MI), lì 22.12.2022 (data di ultimo aggiornamento).

IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A.

(in persona del suo legale rappresentante pro tempore)



*Dedicato a Soci e Clienti di **Banca Etica***

T. +39 0461 1975484
www.cooperazionesalute.it
assistenza.be@cooperazionesalute.it