



Cooperazione Salute
società di mutuo soccorso

Piano sanitario

Eticare **Pro** Individuale

 **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 Pro Individuale

EDIZIONE 2025

DESTINATARI	SOCI e CLIENTI di Banca Etica che intendono sottoscrivere un Piano Sanitario base in modalità INDIVIDUALE .	
CONTRIBUTO	<i>Il contributo associativo è pari a:</i>	
	SOCIO	CLIENTE
	€ 71 al mese € 852 all'anno	€ 75 al mese € 900 all'anno
LIMITI DI ETÀ	Il Piano Sanitario è sottoscrivibile da Soci e Clienti di Banca Etica con un'età compresa tra i 18 e i 72 anni .	

SOMMARIO

1. PREMESSE	pag. 5
2. GLOSSARIO	pag. 7
3. ASSISTENZA	pag. 13
4. GARANZIE DEL PIANO SANITARIO	pag. 18
4.1 <i>Area</i> RICOVERO E INTERVENTO	pag. 20
4.1 <i>Area</i> SPECIALISTICA	pag. 27
4.2 <i>Area</i> MATERNITÀ	pag. 30
4.3 <i>Area</i> ODONTOIATRICA	pag. 33
4.4 <i>Area</i> RIABILITATIVA	pag. 37
4.5 <i>Area</i> SOCIO-SANITARIA	pag. 39
4.6 <i>Programmi di</i> PREVENZIONE	pag. 42
4.7 <i>Garanzie</i> AGGIUNTIVE	pag. 45
5. NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO	pag. 48
6. ALLEGATI	pag. 61



PREMESSE

L'iscrizione al presente Piano sanitario è consentita alle persone fisiche in possesso dei requisiti previsti dallo Statuto vigente di Cooperazione Salute.

Il Piano sanitario ha l'obiettivo di fornire agli Aderenti e agli Aventi Diritto 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 sanitario, dalla sezione Norme di Attuazione in esso contenute, nonché dallo Statuto vigente della Società di Mutuo Soccorso.

Cooperazione Salute mette a disposizione la propria rete di Strutture convenzionate al fine di garantire la massima affidabilità ed efficacia nell'assistenza.



GLOSSARIO

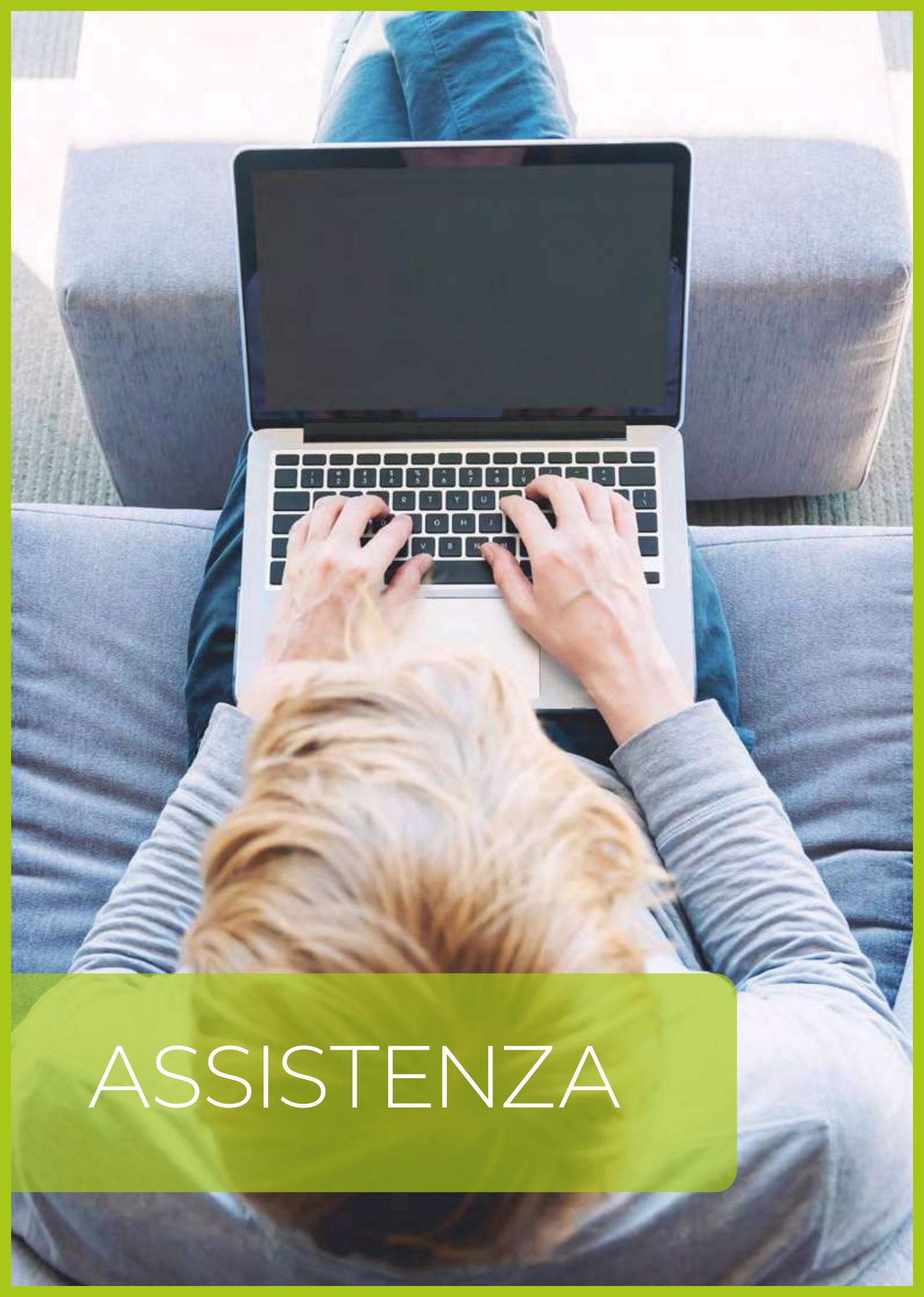
TERMINE	DEFINIZIONE
Accertamento diagnostico:	prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
Aderente:	la persona fisica che sottoscrive un Piano sanitario con Cooperazione Salute assumendo la qualifica di Socio ordinario della Società di Mutuo Soccorso e Aderente al Piano sanitario.
Alta specializzazione diagnostica e strumentale:	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, che richiede specifiche professionalità o attrezzature ad elevata tecnologia.
Area Riservata:	portale web di Cooperazione Salute accessibile mediante credenziali personali, ad utilizzo gratuito, a cui è possibile registrarsi soltanto se già iscritti alla Società. È lo strumento che permette di utilizzare i servizi che Cooperazione Salute offre per beneficiare della propria copertura sanitaria integrativa.
Assistenza:	aiuto in denaro o in natura fornito all'Aderente che si trovi in difficoltà a causa dell'occorrenza di un Evento fortuito.
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. 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.
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, previa presentazione 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 iscritto all'Ordine Professionale tenuto presso la Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi).
Avente diritto:	la persona fisica non socia di Cooperazione Salute che beneficia di un Piano sanitario della Società in quanto componente 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 organizzata:	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 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 o Day Surgery.
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 intervento ambulatoriale quando consentito dal Piano sanitario, la data dell'Evento coincide con la data di inizio della degenza. 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 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 malattie:	l'insieme delle gravi malattie previste nell'elenco "Gravi malattie" allegato al Piano sanitario.
Indennità sostitutiva:	indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a ricovero che non comporti spese sanitarie a carico dell'Aderente durante la degenza.
Indennizzo/Indennità:	somma forfettaria dovuta al verificarsi del Sinistro, alternativa al rimborso e all'Assistenza diretta per la stessa garanzia.
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:	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 in regime ordinario o permanenza in Day Hospital/Day Surgery. L'Intervento chirurgico può essere generato da qualsiasi Malattia o Infortunio. Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non costituiscono Intervento chirurgico.
Intervento chirurgico concomitante:	ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.
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 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, 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:	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.
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 (ICD-9-CM).
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 area di garanzie/garanzia del Piano sanitario, rappresentante la spesa massima che la Società si impegna a sostenere nei confronti dell'Aderente, e degli Aventi diritto se regolarmente inseriti in copertura, per la relativa area di garanzie/garanzia.
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 iscritto all'Ordine dei Medici.
Network:	rete convenzionata di Cooperazione Salute, costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, Istituti di cura, Centri Medici, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta, mista o indiretta.
Nucleo familiare:	l'insieme dei 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 minori, rientranti nello stato di famiglia dell'Aderente; • figli maggiorenni fino ai 26 anni di età, rientranti nello stato di famiglia dell'Aderente.
Patologia in atto/ Patologia progressa:	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 delle 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 devono essere sottoposte ad una nuova Presa in carico da parte della Società.
Presa in carico:	nell'ambito dell'Assistenza in forma diretta, comunicazione della Società all'Aderente riguardo alle prestazioni accordate a quest'ultimo con evidenza della quota parte di spesa a carico dell'Aderente.
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 o reclami 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 (S.D.O.). La permanenza nel pronto soccorso/astanteria non è considerata ricovero o degenza se non segue il ricovero nello stesso Istituto di cura. Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.
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.
Scoperto:	somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Aderente.
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.
Sinistro:	il verificarsi dell'Evento dannoso per il quale è garantita la prestazione.
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 familiari e che hanno ricevuto la conferma di iscrizione da parte di Cooperazione Salute.
Sport estremi	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 familiari e che hanno ricevuto la conferma di iscrizione da parte di Cooperazione Salute. I seguenti sport: <ul style="list-style-type: none"> ● salto dal trampolino con gli sci o idrosci ● sci acrobatico ● bob ● rugby ● immersioni con autorespiratore ● football americano ● pugilato ● atletica pesante ● lotta in tutte le sue forme ● alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese ● speleologia ● sport aerei ● sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove) ● downhill
Sport professionistico/ Gare professionistiche:	attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.
Struttura convenzionata:	Istituto di cura, poliambulatorio, Centro medico e relativi medici chirurghi, centro odontoiatrico e qualsiasi altra struttura sanitaria o socio-sanitaria con Cooperazione Salute ha definito un accordo (convenzionamento con il Network) per il pagamento diretto o indiretto delle prestazioni e per la fruizione da parte degli Aderenti di prestazioni a tariffe calmierate.

Struttura sanitaria privata:	società, Istituto di cura, 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.
Sub-massimale/ Sotto limite:	importo stabilito per la singola garanzia/Sotto-garanzia del Piano sanitario per anno di copertura, rappresentante la spesa massima, ricompresa nel Massimale principale a cui fa riferimento, che la Società si impegna a sostenere nei confronti dell'Aderente, o Avente diritto se previsto, per detta garanzia/Sotto-garanzia.
Telemedicina:	modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località.
Terapie riabilitative:	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. Le terapie riabilitative devono essere effettuate 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.
Voucher di riconoscimento:	documento di riconoscimento che permette alle Strutture convenzionate di identificare come Aderente o Avente diritto ad un Piano sanitario di Cooperazione Salute il soggetto che lo presenta e ne è intestatario, permettendogli di beneficiare delle tariffe agevolate concordate dalle Strutture convenzionate afferenti al Network. Tale documento è elaborato autonomamente dall'Aderente nella propria Area riservata.



ASSISTENZA

ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA O E-MAIL

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA →

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



Individuare una struttura fra quelle convenzionate: le Strutture convenzionate sono disponibili alla sezione *Consultazione - Ricerca struttura 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.



Almeno **5 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; presso Strutture convenzionate con medici convenzionati con il Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

Non sono prese in considerazione richieste inoltrate direttamente dalle strutture del Network Sanitario e/o Odontoiatrico di Cooperazione Salute.

Nel caso in cui la prestazione venga effettuata da un Avente diritto minorenne, la richiesta deve essere presentata dall'Aderente attraverso la propria Area Riservata selezionando il nominativo dell'Avente diritto che deve fruire della prestazione.

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.

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.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

L'Assistenza in forma indiretta prevede il rimborso o l'Indennizzo delle spese sanitarie sostenute in base a quanto previsto dal Piano sanitario. Per richiedere un rimborso o Indennizzo l'Aderente dovrà far pervenire a Cooperazione Salute entro **90 giorni** dall'avvenuta spesa o, nel caso di ricovero, dalla data di dimissione 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. **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;**
- Copia conforme della cartella clinica completa, ove prevista dal Piano sanitario, unitamente alla scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- Documentazione quietanzata del pagamento delle spese per le prestazioni sanitarie o socio-sanitarie (fatture, note di spesa, ricevute, etc);
- In caso di infortunio deve essere presentato anche: referto del Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'aderente può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

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.

La richiesta di rimborso o Indennizzo potrà essere presentata a Cooperazione Salute:



- Tramite **AREA RISERVATA**: compilando il form nella sezione Pratiche - Nuova richiesta di rimborso/Indennizzo e allegando copia della documentazione sopra elencata.

ACCESSO AI TARIFFARI AGEVOLATI DEL NETWORK CONVENZIONATO

Per richiedere l'applicazione delle tariffe agevolate è necessario farsi riconoscere dalla Struttura convenzionata come aderenti a Cooperazione Salute tramite il **voucher di riconoscimento**, il documento attestante la propria adesione alla Mutua, avente validità mensile ed elaborabile autonomamente tramite la schermata Home della propria Area Riservata.

GESTIONE DEI RIMBORSI E DEGLI INDENNIZZI

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 Assicurative per lo stesso Evento/documento di spesa/per la stessa prestazione per cui presenta richiesta a Cooperazione Salute. Tale comunicazione dovrà pervenire, in fase di inserimento della richiesta di rimborso o Indennizzo in Area Riservata, tramite la compilazione dell'apposito campo.

Invio della documentazione tramite Area Riservata



1. L'Aderente dovrà verificare che la pratica sia stata acquisita da Cooperazione Salute e che abbia assunto lo stato "Protocollata" nell'apposita sezione Pratiche - Le mie richieste, in Area Riservata. Successivamente, l'Aderente dovrà monitorare lo stato della pratica e le eventuali relative comunicazioni presenti nella medesima sezione.
2. Se, in fase di gestione della richiesta, si dovesse rilevare incompletezza nella documentazione presentata, Cooperazione Salute o, nel caso di garanzia prestata mediante convenzione assicurativa, la Compagnia Assicurativa coinvolta e specificata nel Piano sanitario, provvederà ad inviare una richiesta di integrazione tramite Area Riservata, visibile sempre nella sezione Comunicazioni della Pratica. A notifica della stessa, Cooperazione Salute invierà un'e-mail, all'indirizzo utilizzato in fase di registrazione all'Area Riservata, con l'invito ad accedere al portale dedicato per visualizzare i messaggi. 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. La documentazione integrativa dovrà essere inviata tassativamente rispondendo alla comunicazione ricevuta in Area Riservata, non inserendo una nuova richiesta di Indennizzo.
3. A conclusione della gestione della pratica, nella sezione dedicata dell'Area Riservata Pratiche - Le mie richieste, sarà possibile visionare lo stato assegnato.
 - a. Nel caso di respingimento verrà comunicata la ragione del diniego del rimborso o Indennizzo (prestazione non prevista dal piano, richiesta rimborso o Indennizzo tardiva o incompleta, sfornamento massimali, irregolarità, abusi, controversie, ecc.).
 - b. Nel caso di riconoscimento del rimborso o Indennizzo la pratica assumerà lo stato "Liquidata" e verrà inviata all'Aderente, tramite e-mail, comunicazione attestante la liquidazione, verificabile sul proprio conto corrente in funzione delle tempistiche di accredito del proprio istituto di credito.

CONTATTI DI COOPERAZIONE SALUTE

Molte delle informazioni che cerchi sono facilmente reperibili nella tua Area Riservata, raggiungibile dal nostro sito internet **www.cooperazionesalute.it**

Puoi consultare il tuo piano sanitario, avere informazioni sulle modalità di assistenza, consultare gli elenchi delle Strutture convenzionate e scaricare la modulistica per le tue richieste di rimborso o Indennizzo.

Per ulteriori informazioni riguardanti il Piano sanitario, le modalità di iscrizione al Piano e di utilizzo dell'Area Riservata, **contatta il tuo Promotore Mutualistico.**

Ti è rimasto qualche dubbio che credi di poter risolvere rapidamente con una semplice comunicazione?

Inviaci la tua Richiesta Informazioni direttamente dalla chat dedicata nella tua Area Riservata oppure all'indirizzo email **assistenza.be@cooperazionesalute.it**.

Desideri ricevere assistenza telefonica?

Chiama i nostri uffici allo **0461.1975484**.

Indirizzo di Cooperazione Salute

Cooperazione Salute -
Società di Mutuo Soccorso
Via Segantini, 10 – Trento



GARANZIE DEL PIANO

Sommario *PRESTAZIONI*

Area RICOVERO E INTERVENTO

pag. 20

Area SPECIALISTICA

pag. 27

ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

pag. 28

VISITE SPECIALISTICHEE

pag. 28

TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

pag. 29

Area MATERNITÀ

pag. 30

ANALISI, ESAMI, ACCERTAMENTI IN GRAVIDANZA

pag. 31

PARTO

pag. 32

Area ODONTOIATRICA

pag. 33

PREVENZIONE ODONTOIATRICA

pag. 34

CURE ODONTOIATRICHE

pag. 34

CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

pag. 36

Area RIABILITATIVA

pag. 37

TERAPIERIABILITATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO

pag. 38

Area SOCIO-SANITARIA

pag. 39

ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

pag. 40

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE

pag. 41

Programmi di PREVENZIONE

pag. 42



Area

RICOVERO E INTERVENTO

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

Area RICOVERO E INTERVENTO

Nell'Area ricovero e Intervento sono ricomprese le prestazioni conseguenti a malattia o infortunio che abbiano dato origine a:

- Ricovero per Grande intervento chirurgico, come da Elenco (Allegato A);
- Ricovero per Grave malattia, come da Elenco (Allegato B).
- Ricovero per Intervento chirurgico.

Per l'accesso all'Assistenza in forma diretta o indiretta per le prestazioni dell'Area ricovero e Intervento, 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 medico correlato alla prescrizione del ricovero.

1.a DURANTE IL RICOVERO



Nel caso di ricovero con intervento, intervento in day surgery o ricovero senza intervento per Grave patologia, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Aderente per:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio);
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, assistenza medica, ostetrica ed infermieristica;
- terapie, Trattamenti fisioterapici riabilitativi effettuati durante il periodo di ricovero e relativi alla malattia o all'infortunio che ha causato il ricovero stesso, medicinali;
- rette di degenza, escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente.

In caso di trapianto, sono riconosciute solo le spese dell'Aderente per ricevere l'organo trapiantato. Sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Aderente che da parte di terzi.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Franchigia: **€ 1.000** per evento a carico dell'Aderente, la quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↻ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **35%** per evento con minimo non indennizzabile di **€ 2.000**.

1.b PERIODO PRE RICOVERO



Nel periodo di 120 giorni antecedenti l'inizio del ricovero o dell'Intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio comprensivi degli eventuali onorari medici, e visite specialistiche, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero e/o l'Intervento chirurgico e ad esso riconducibili e finalizzati.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione.

1.c PERIODO POST RICOVERO



Nel periodo di 120 giorni successivi alla fine del ricovero o dell'Intervento chirurgico, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per esami di laboratorio, accertamenti diagnostici, visite specialistiche, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti fisioterapici riabilitativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero e/o l'Intervento chirurgico e ad esso riconducibili.

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Scoperto del **20%** per prestazione

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **20%** per prestazione.

1.d ACCOMPAGNATORE



Nel caso in cui l'Aderente che si sottopone a ricovero o intervento necessiti di un accompagnatore come da indicazione medica, il Piano sanitario garantisce il rimborso delle spese ad esso riferite, documentate (fatture, notule, ricevute), sostenute per vitto e pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera, se l'istituto non presenta disponibilità, fino a **€ 80** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **15 giorni** per evento.

- La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.e TRASPORTO SANITARIO



Nel caso in cui l'Aderente necessiti di recarsi con mezzi sanitariamente attrezzati presso un Istituto di Cura per essere ricoverato in Italia o all'estero ai sensi del Piano sanitario, è garantito il rimborso delle spese di trasporto da e verso l'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro, e di rientro alla propria abitazione, sempreché le condizioni dell'Aderente giustifichino questa necessità. Qualora il ricovero avvenga all'estero (mentre l'Aderente è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell'intervento o per l'alta specializzazione richiesta dallo stesso), sono comprese anche le spese di viaggio sostenute da un accompagnatore.

Nel limite per ricovero o intervento di **€ 500**, elevato a **€ 1.500** per trasporto estero ed eventuale accompagnatore, elevato a **€ 2.500** per trasporto con eliambulanza o aereo sanitario.

- La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.f INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER RICOVERO A CARICO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE



Nel caso in cui le spese di ricovero siano a totale carico del Sistema Sanitario Nazionale, il Piano sanitario garantisce un'Indennità sostitutiva pari a **€ 120** per ogni giorno di ricovero, per un massimo di **100 giorni** per anno di copertura. Il diritto all'Indennità matura dal momento del rientro al domicilio da parte dell'Aderente. Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno. L'indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel Pronto Soccorso/astanteria se non segue il ricovero nello stesso Istituto di Cura. In caso di Day Surgery l'Indennità sostitutiva viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

- La Garanzia è fruibile in **forma indiretta**.

1.g TUTELA SPECIALE NEONATI



Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per cure e Interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato, Familiare 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, come definito ai punti "Durante il ricovero", "Periodo Pre ricovero", "Periodo Post ricovero", "Accompagnatore".

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Franchigia: **€ 500** per evento a carico dell'Aderente, la quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **35%** per evento con minimo non indennizzabile di **€ 1.000**.

1.h ABORTO TERAPEUTICO, SPONTANEO O POST-TRAUMATICO



Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese di cui al punto “Durante il ricovero” per aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Franchigia: **€ 250** per evento a carico dell'Aderente, la quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **35%** per ricovero con minimo non indennizzabile di **€ 500**.

1.i DIARIA OSPEDALIERA PER MALATTIA DI CARATTERE ONCOLOGICO



Il Piano sanitario prevede il riconoscimento di un contributo per ogni giornata in cui si svolge una o più sedute terapeutiche connesse a malattie di carattere oncologico, debitamente certificata dalla struttura ospedaliera di afferenza.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Contributo: **€ 60** al giorno per un massimo di 50 giorni all'anno.

PRECISAZIONI IN MERITO ALLE PRESTAZIONI DELL'AREA RICOVERO E INTERVENTO (AREA A)

Le spese per un ricovero improprio non sono riconosciute nell'Area A bensì nell'ambito delle singole prestazioni ricomprese nelle altre aree, se previste e rimborsabili ai sensi del Piano sanitario.

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio, sono esclusi dalla copertura della presente Area.

Nel caso di Assistenza in forma diretta, qualora il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come Pre ricovero sono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dal Piano sanitario. L'Aderente è tenuto a restituire a Cooperazione Salute, a fronte di richiesta scritta da parte della Società, gli importi eccedenti i limiti (massimali, Franchigie, scoperti) previsti da dette prestazioni extraospedaliere.

Nel caso in cui la prestazione fruita non possa rientrare tra quelle previste dalle garanzie extraospedaliere, l'Aderente è tenuto, a fronte di richiesta scritta da parte della Società, a restituire l'intera somma pagata da Cooperazione Salute alla Struttura convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura convenzionata qualora la Società non avesse ancora provveduto al pagamento.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

€ 200.000 per l'insieme delle prestazioni dell'Area.

SUB-MASSIMALI PER EVENTO:

- Ricovero per Grande intervento (Allegato A) chirurgico e Grave patologia (Allegato B): € 25.000, di cui massimo € 2.000 per "Periodo pre ricovero" e € 2.000 per "Periodo post ricovero";
- Trapianto: € 50.000, di cui massimo € 2.000 per "Periodo pre ricovero" e € 2.000 per "Periodo post ricovero";
- Ricovero per intervento chirurgico non previsto dall'Allegato A: € 8.000, di cui massimo € 1.000 per "Periodo pre ricovero" e € 1.000 per "Periodo post ricovero";
- Aborto terapeutico, spontaneo o post traumatico: € 3.000.

SUB-MASSIMALE PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA

- Tutela Speciale Neonati: **€ 20.000**



Area

SPECIALISTICA

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

Area **SPECIALISTICA**

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE



Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le prestazioni di alta specializzazione diagnostica e strumentale riportate nell'Allegato C, eseguite indipendentemente dal ricovero, in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Scoperto del **30%** per prestazione con massimo indennizzabile di **€ 250** per prestazione.



↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: Scoperto del **40%** per prestazione con massimo indennizzabile di **€ 250** per prestazione.

2. VISITE SPECIALISTICHE



Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per le visite specialistiche eseguite in presenza di prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta. Come previsto all'Art. 11 "Esclusioni" delle Norme di Attuazione, non sono in copertura le visite specialistiche: odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, psichiatriche, psicoterapeutiche.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Scoperto del **30%** per prestazione con massimo indennizzabile di **€ 150** per prestazione.



↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: Scoperto del **40%** per prestazione con massimo indennizzabile di **€ 150** per prestazione.

3. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO



Il Piano sanitario prevede il rimborso integrale dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici – aggiuntivi rispetto a quelli previsti dall'Allegato C - conseguenti a malattia o a infortunio, effettuati nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, e dei ticket di Pronto Soccorso relativi alle casistiche di maggiore complessità e quindi esclusi i codici bianchi.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

Massimale dell'Area Specialistica: **€ 6.500**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Alta Specializzazione Diagnostica e Strumentale: **€ 5.000**
- Visite Specialistiche: **€ 1.000**
- Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso: **€ 500**



Area
MATERNITÀ

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

Area MATERNITÀ

1. ANALISI, ESAMI, ACCERTAMENTI IN GRAVIDANZA



In caso di gravidanza dell'Aderente, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per se medesima per prestazioni quali:

- a.** accertamenti diagnostici;
- b.** visite specialistiche;
- c.** controlli ostetrici specifici per il controllo dell'andamento della gravidanza;
- d.** esami di laboratorio (esclusivamente in modalità indiretta ossia rimborso);
- e.** test genetici prenatali su DNA fetale (esclusivamente in modalità indiretta ossia rimborso).

Gli indennizzi e i rimborsi sono vincolati alla presentazione della prescrizione medica riportante in maniera dettagliata le prestazioni da effettuare con indicazione dello stato di gravidanza e data presunta del parto o, qualora la data del parto non sia indicata nella prescrizione medica: invio aggiuntivo del certificato medico che attesti lo stato di gravidanza con data presunta del parto.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Scoperto del **30%** per prestazione.

↔ ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: Scoperto del **40%** per prestazione.

2. PARTO



In occasione del parto dell'Aderente, quest'ultima ha diritto ad un'indennità per ogni giorno di ricovero, intendendosi con questo la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento. Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono conteggiati congiuntamente come un unico giorno. Nel caso di parto domiciliare sarà corrisposto un sussidio forfettario.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Contributo per ricovero: **€ 100** per giorno di ricovero per un massimo di 5 giorni all'anno.
- Contributo per parto domiciliare: sussidio forfettario di **€ 250** per anno.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

Massimale dell'Area Maternità: **€ 1.250**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Analisi, esami, accertamenti in gravidanza: **€ 750**
- Parto: **€ 500**



Area

ODONTOIATRICA

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

Area ODONTOIATRICA

1. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Il Piano sanitario incentiva la prevenzione odontoiatrica periodica tramite il riconoscimento di una seduta annuale di ablazione semplice del tartaro, **fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'Assistenza in forma diretta.**

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.

2. CURE ODONTOIATRICHE

Il Piano sanitario prevede l'accesso mediante l'Assistenza in forma diretta alle cure odontoiatriche **fruita esclusivamente presso Strutture convenzionate, previa presentazione del Piano terapeutico alla Società** o di un'autocertificazione su carta bianca contenente le prestazioni desiderate. Nel seguito sono riportate le prestazioni accordabili e i relativi importi massimi indennizzabili. Nel caso di avulsioni e implantologia, ai fini liquidativi è necessario presentare le radiografie e i referti radiografici che documentino la situazione clinica precedente e successiva l'esecuzione della prestazione richiesta. Qualora il costo della singola prestazione e/o il numero di prestazioni dovessero superare i valori massimi di seguito riportati, la quota eccedente dovrà essere versata direttamente dall'Aderente alla Struttura convenzionata.

Avulsioni (estrazioni dentarie), massimo 4 prestazioni per anno di copertura:

- Estrazione semplice: € 36 importo massimo accordabile;
- Estrazione complessa in inclusione ossea parziale: € 50 importo massimo accordabile;
- Estrazione in inclusione ossea totale: € 120 importo massimo accordabile.

Cure conservative:

- Otturazione carie in composito o amalgama: € 40 importo massimo accordabile per otturazione 1 - 2 superfici, € 60 per otturazione 3 - 5 superfici. Massimo 4 prestazioni per anno di copertura;
- Terapia canalare (compresi rx endorali e otturazioni): € 80 importo massimo accordabile per 1 canale, € 100 per 2 canali, € 125 per 3 canali;
- Intarsio ceramica: € 200 importo massimo accordabile per elemento;
- Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata: € 30 importo massimo accordabile per elemento;
- Corona protesica in lega non preziosa (L.N.P.) e ceramica o lega preziosa (L.P.): € 150 importo massimo accordabile per elemento;
- Corona in lega preziosa (L.P.) e ceramica o metal free o AGC e porcellana: € 300 importo massimo accordabile per elemento.

Radiologia:

- Radiografia endorale: € 5 importo massimo accordabile per prestazione;
- Ortopantomografia (OPT): € 15 importo massimo accordabile per prestazione;
- Teleradiografia: € 20 importo massimo accordabile per prestazione;
- Dentalscan 1 arcata: € 50 importo massimo accordabile per prestazione;
- Dentalscan 2 arcate: € 100 importo massimo accordabile per prestazione.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE

- Le prestazioni possono essere fruite presso le Strutture convenzionate mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società. Qualora il costo della singola prestazione e/o il numero di prestazioni dovessero superare i valori massimi previsti, la quota eccedente dovrà essere versata direttamente dall'Aderente alla Struttura convenzionata.

3. CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO



Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per cure odontoiatriche a seguito di infortunio, certificato dal Pronto Soccorso del Sistema Sanitario Nazionale, e ad esso riconducibili, previa presentazione **del Piano terapeutico alla Società**. La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'infortunio.

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. Scoperto del **30%** per prestazione, la quota rimanente viene liquidata direttamente dalla Società alla Struttura convenzionata.



↻ ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **40%** per prestazione.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

Massimale dell'Area Odontoiatrica: **€ 3.000**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Cure Odontoiatriche: **€ 750**
- Cure Odontoiatriche da Infortunio: **€ 2.250**



Area

RIABILITATIVA

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

Area RIABILITATIVA

1. TERAPIE RIABILITATIVE A SEGUITO DI INFORTUNIO



Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per prestazioni riabilitative a seguito di infortunio certificato dal Pronto Soccorso Pubblico con una prognosi di almeno 5 giorni, e richieste dal Medico di medicina generale (MMG) o dal Medico Specialista.

Rientrano in copertura le seguenti prestazioni: fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria. Le prestazioni riabilitative possono essere riconosciute entro un massimo di 6 mesi dal verificarsi dell'infortunio accertato dal Pronto Soccorso.

Per la definizione di Terapie riabilitative e per verificare le eventuali restrizioni ed esclusioni si consiglia di consultare il Glossario e l'articolo "Esclusioni" riportate nel presente documento.



ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **40%** con massimo rimobrsabile di **€ 40** a sedura.

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

Massimale dell'Area Riabilitativa: **€ 1.500**



Area

SOCIO-SANITARIA

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

Area **SOCIO-SANITARIA**

1. ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA



A seguito di ricovero, per infortunio certificato dal Pronto Soccorso del SSN o malattia non prevista all'Allegato B, che provochi **inabilità totale al lavoro**, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese degli interventi domiciliari sanitari per: terapia medica, assistenza specialistica, assistenza infermieristica per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi dei parametri biologici. **La copertura è attiva esclusivamente nel periodo di inabilità totale al lavoro certificata.**

Per l'attivazione della garanzia, l'iscritto dovrà presentare la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), il certificato di inabilità totale al lavoro e la prescrizione del medico di base (MMG) o del medico specialista riportante la richiesta delle specifiche prestazioni da effettuarsi a domicilio.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **40%** per prestazione

2. ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIALE



A seguito di **ricovero di almeno 5 giorni**, per infortunio certificato dal Pronto Soccorso del SSN o malattia non prevista all'Allegato B, che provochi **inabilità totale al lavoro**, il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese degli interventi domiciliari non sanitari per assistenza alla persona e/o collaboratore/trice domestico/a.

Il sussidio verrà liquidato a fronte di spese dettagliatamente documentate e riconducibili alle prestazioni di cui sopra, effettuate nel periodo di inabilità totale al lavoro certificata.

Per l'attivazione della garanzia, l'iscritto dovrà presentare la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) e il certificato di inabilità totale al lavoro.



ASSISTENZA IN FORMA INDIRECTA

- Ticket sanitari: rimborso al **100%**.
- Strutture sanitarie private: scoperto del **40%** per prestazione

MASSIMALE DI AREA

MASSIMALE DI AREA PER ANNO DI COPERTURA:

Massimale dell'Area Socio-Sanitaria: **€ 2.500**

SOTTO-LIMITI PER GARANZIA PER ANNO DI COPERTURA:

- Assistenza domiciliare sanitaria: **€ 2.000**
- Assistenza domiciliare sociale: **€ 500**

CARDIOVASCULAR

- (a) Is there any history of cardiac infarction (coronary thrombosis), any persisting anginal pain, or any current need of treatment for anginal pain?
- (b) Is there any other evidence, including ECG, of ischaemic heart disease?
- (c) Is there any history of arrhythmia (excluding extrasystoles which disappear on effort)?
- (d) Is the blood pressure 200/110 or over?
- (e) Is hypertension treated by med: _____ years
- (f) Is a cardio- _____



Programmi di **PREVENZIONE**

Programmi di PREVENZIONE

PROGRAMMI DI PREVENZIONE



Il Piano sanitario garantisce la possibilità di beneficiare di **un programma di prevenzione per anno di copertura**, secondo quanto riportato nei singoli check-up. I programmi di prevenzione sono effettuabili esclusivamente presso le Strutture convenzionate, **in un'unica soluzione ovvero nella stessa seduta, senza alcun onere a carico dell'Aderente**, previo rilascio dell'autorizzazione da parte di Cooperazione Salute.

Per la fruizione dei programmi di prevenzione non è necessaria la prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico specialista.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Dedicato a donne e uomini senza limiti di età.

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninamminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Monitoraggio della pressione arteriosa e frequenza cardiaca

PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA

Dedicato a donne di età superiore a 40 anni. Fruibile una volta l'anno.

- Citologico per diagnostica tumorale (Pap Test) o citologico endocervicale - più striscio batteriologico vaginale
- Antigene carboidratico (Ca 125, TA4 o SCC, Ca 72.4, Ca 19.9, Ca 195, AOP)
- Antigene carboidratico (CyFra 21, NSE, Ca 15.3, Ca 54.9)

PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO

Dedicato a uomini di età superiore a 45 anni.

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

PREVENZIONE DERMATOLOGICA

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età.

- Mappatura nevieca con epiluminescenza digitale
- Visita specialistica dermatologica

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

Dedicato a Donne e Uomini senza limiti di età.

- Visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

➔ ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- La prestazione può essere fruita presso una Struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. La prestazione viene liquidata direttamente alla Struttura convenzionata dalla Società.



GARANZIE
AGGIUNTIVE

1. TUTORING ASSISTENZIALE - SUPPORTO AL CAREGIVER

Nel caso in cui l'Aderente, un suo ascendente di primo grado o un componente del suo nucleo familiare si ritrovi in una situazione di fragilità, anche temporanea, il Piano sanitario prevede la possibilità di 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'Isritto o di un suo familiare di cui sopra.

Il Tutor Assistenziale effettuerà un'attenta analisi dei bisogni assistenziali e del 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 Aderente e per anno assicurativo.

Le condizioni di operatività della prestazione, le condizioni di accesso al servizio, così come le modalità di erogazione e gestione sono indicate nello specifico **Regolamento messo a disposizione da Cooperazione Salute**.

2. ASSISTENZA H24

In caso di necessità dovuta a malattia o infortunio, l'Isritto 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:

Le prestazioni incluse riguardano le seguenti aree:

ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

- Videoconsulto e teleconsulto per consulenza medica di base o specialistica
- Videoconsulto psicologico
- 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
- 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 messo a disposizione da Cooperazione Salute mediante una convenzione assicurativa 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.*

3. ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI

Il Dentista di Cooperazione Salute: accesso al tariffario convenzionato del Network Odontoiatrico di Cooperazione Salute

Il servizio permette all'Isritto di accedere al Network Odontoiatrico convenzionato di Cooperazione Salute e di ottenere le visite/cure odontoiatriche con applicazione di un nomenclatore tariffario con un costo fino al 70% inferiore rispetto al mercato. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall'area riservata.

L'accesso alla rete sarà possibile per l'Isritto senza un limite massimo di accessi.

Accesso al tariffario convenzionato del Network Sanitario di Cooperazione Salute

Possibilità per l'Isritto di accedere ai tariffari agevolati presso le strutture sanitarie convenzionate con il Network Sanitario di Cooperazione Salute. Per aver accesso ai tariffari agevolati è necessario identificarsi presso la struttura o medici convenzionati presentando il voucher scaricabile dall'area riservata.

L'accesso alla rete sarà possibile per l'Isritto senza un limite massimo di accessi.



NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO

Sommario *NORME*

NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO

NORME PARTICOLARI

1.	OGGETTO DELLE PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL PIANO SANITARIO	50
2.	MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	50
3.	DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE	50
4.	INCLUSIONE DEI FAMILIARI E VARIAZIONE PRESTAZIONI IN CORSO D'ANNO	50
5.	LIMITI DI ETÀ	51
6.	DECORRENZA, DURATA, TACITO RINNOVO E DISDETTA DELLA COPERTURA	51
7.	CONTRIBUTO	52
8.	EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE	52

LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

9.	CARENZE CONTRATTUALI	53
10.	PATOLOGIE PREGRESSE	53
11.	ESCLUSIONI	54
12.	LINGUA DELLA DOCUMENTAZIONE	55
13.	PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ	55
14.	IMPOSTE E ONERI AMMINISTRATIVI	55
15.	RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE	55

NORME GENERALI

16.	PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI	56
17.	DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE	56
18.	SOSPENSIONE DELLA COPERTURA PER MANCATO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO	56
19.	ESTENSIONE TERRITORIALE	56
20.	VISITE DI MEDICI INCARICATI DALLA SOCIETÀ	57
21.	RICHIESTA DI INTEGRARE DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL SINISTRO	57
22.	DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI	57
23.	DIRITTO ALL'INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE	58
24.	LIMITI DI SPESA PRE E POST RICOVERO	59
25.	GESTIONE MUTUALISTICA	59
26.	TUTELA DEI DATI PERSONALI	59
27.	CONTROLLI	59
28.	CHIARIMENTI E RECLAMI	60
29.	CONTROVERSIE	60
30.	RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE	60

NORME PARTICOLARI

1. OGGETTO DELLE PRESTAZIONI RICONOSCIUTE DAL PIANO SANITARIO

Cooperazione Salute riconosce le spese sostenute dall'Aderente, riconducibili a Malattia o Infortunio, con riferimento alle prestazioni rientranti nel presente Piano sanitario. Massimali, sotto-limiti, Franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati nel presente documento.

2. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Cooperazione Salute si impegna a garantire tutte le prestazioni previste dai Piani sanitari, 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 sanitari, e avvalendosi di tutti gli strumenti operativi valutati più opportuni per contenere i rischi. L'erogazione di alcune garanzie previste dal Piano sanitario è garantita da Cooperazione Salute mediante convenzioni assicurative sottoscritte dalla Società di Mutuo Soccorso con primarie Compagnie assicurative, esplicitamente segnalate nel presente documento. Con l'adesione al Piano sanitario, ciascun Aderente riceve le prestazioni riferite alla specifica convenzione direttamente dalla Compagnia Assicurativa, secondo quanto previsto dal presente documento e dalle relative condizioni di assicurazione.

3. DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE

L'iscrizione a Cooperazione Salute per l'adesione al Piano sanitario è volontaria e consentita alle persone fisiche che rispettino i requisiti previsti dallo Statuto vigente di Cooperazione Salute. L'adesione si perfeziona mediante il pagamento del contributo richiesto. Il richiedente, confermata la domanda di adesione da parte di Cooperazione Salute, acquisisce la qualifica di Socio Ordinario della Società di Mutuo Soccorso e di Aderente del suddetto Piano sanitario. Possono aderire a Cooperazione Salute in qualità di Soci o di Aventi Diritto esclusivamente i soggetti aventi residenza in Italia.

4. INCLUSIONE DEI FAMILIARI E VARIAZIONE PRESTAZIONI IN CORSO D'ANNO

Al momento dell'iscrizione al Piano sanitario, l'Aderente può optare per l'adesione individuale o l'adesione con l'intero Nucleo familiare (adesione Famiglia), in quest'ultimo caso i familiari assumeranno la qualifica di Aventi Diritto. Per la definizione di Nucleo familiare e Avente Diritto si rimanda al Glossario del presente Piano sanitario.

Per l'adesione Famiglia è richiesta un'autocertificazione da parte dell'Aderente.

È data facoltà all'Aderente, in fase di rinnovo annuale, di attivare un'adesione Famiglia in sostituzione dell'adesione individuale in scadenza. Nel caso inverso di sostituzione di un'adesione Famiglia con un'adesione individuale senza soluzione di continuità, **il nuovo passaggio ad un'adesione Famiglia potrà avvenire trascorsi almeno 2 anni solari dall'attivazione dell'ultima adesione individuale.**

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 **dal 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 assistiti dal **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.

5. LIMITI DI ETÀ

Possono aderire al Piano sanitario le persone maggiorenni che alla decorrenza dello stesso non abbiano già compiuto 72 anni. In caso di disdetta del Piano sanitario dopo il 72° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

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

Per gli Aderenti e gli Aventi diritto, la copertura sanitaria ha una durata minima di un anno ed ha effetto, al netto delle Carenze contrattuali previste dal Piano sanitario, dalle ore 00.00 del 1 gennaio, con scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre dello stesso anno, salvo buon fine dell'incasso del contributo di adesione anticipato, dovuto al momento della sottoscrizione. Nel caso di adesione in corso d'anno, la copertura ha effetto, al netto delle Carenze contrattuali previste dal Piano sanitario, dalle ore 00.00 del primo giorno del mese successivo alla sottoscrizione, con scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre dell'**anno successivo**, salvo buon fine dell'incasso del contributo di adesione anticipato, dovuto al momento della sottoscrizione.

Al termine di tale periodo, in mancanza di disdetta da parte dell'Aderente mediante lettera raccomandata o PEC inviata a Cooperazione Salute con un preavviso di almeno 60 giorni, la copertura si intende tacitamente rinnovata 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 2 anni.

7. CONTRIBUTO

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, entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno antecedente la decorrenza della copertura.

In caso di adesione in corso d'anno, l'importo del contributo da versare corrisponde:

- a. 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");
- b. all'intero contributo per l'anno solare successivo.

Il rateo di contributo di cui alla lettera a) deve essere versato contestualmente all'adesione al Piano sanitario. Il contributo intero di cui alla lettera b) deve essere versato entro il 31 dicembre del primo anno di copertura in corso. Il contributo di adesione è versato obbligatoriamente mediante frazionamento mensile con addebito diretto SEPA.

8. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE

Cooperazione Salute garantisce che tutte le pratiche relative alle richieste di rimborso e Indennizzo previste dal Piano sanitario sono liquidate nell'Assistenza in forma indiretta (attraverso accredito sul c/c dell'Aderente) entro un massimo di 60 giorni dal momento dell'acquisizione della richiesta di rimborso o Indennizzo, fatto salvo il periodo di 30 giorni garantito all'Aderente per le integrazioni documentali, a seguito di richiesta da parte della Società, e il successivo periodo di 10 giorni per l'elaborazione della documentazione integrativa ricevuta dalla Società.

L'acquisizione da parte di Cooperazione Salute della documentazione sanitaria inviata dall'Aderente avviene esclusivamente tramite Area Riservata.

Qualora allo scadere dei 30 giorni previsti a seguito di richiesta di integrazione documentale da parte di Cooperazione Salute, la documentazione ricevuta dalla Società risulti ancora incompleta, la richiesta di rimborso o Indennizzo è respinta. L'Aderente ha la possibilità di presentare una nuova richiesta di rimborso o Indennizzo per la stessa spesa sanitaria secondo i tempi e i modi previsti nella sezione "Forme di assistenza", paragrafo "Assistenza in forma indiretta" del presente Piano sanitario.

Nel caso in cui la prestazione venga effettuata da un Avente diritto minorenni:

- la richiesta deve essere presentata dall'Aderente attraverso la propria Area Riservata selezionando il nominativo dell'Avente diritto che ha fruito della prestazione.

L'Aderente potrà produrre in qualsiasi momento nella propria Area Riservata un riepilogo dei contributi versati e dei Rimborsi e Indennizzi percepiti in forma indiretta con indicazione degli estremi delle fatture e/o notule di spesa, utilizzabile ai fini delle detrazioni fiscali sulla parte di spesa non rimborsata e rimasta effettivamente a suo carico.

LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

9. CARENZE CONTRATTUALI

I termini di carenza sono fissati come segue, pertanto la copertura del Piano sanitario decorre:

- dal 30° giorno, per le prestazioni ospedaliere o extraospedaliere conseguenti ad infortunio;
- dal 120° giorno, per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia;
- dal 90° giorno, per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia, per le cure dentarie e per i programmi di prevenzione;
- dal 271° giorno, per le garanzie legate a gravidanza o puerperio e per la garanzia “Tutela Speciale Neonati”;
- dal giorno di inizio della gravidanza, per “Aborto terapeutico o spontaneo o post-traumatico”, esclusivamente nel caso in cui la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla data di effetto del Piano sanitario.

Nel caso di variazioni intervenute nel corso di una stessa adesione con Cooperazione Salute senza soluzione di continuità, i termini di carenza di cui al presente articolo decorrono dalla data di prima iscrizione al Piano sanitario per le prestazioni già precedentemente previste.

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

10. 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 sanitario.

Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del Piano sanitario, sarà prevista la copertura completa delle patologie preesistenti al momento dell'adesione:

- a partire dal 6° anno per le garanzie ospedaliere (Area Ricovero e Intervento);
- a partire dal 4° anno per le garanzie extra-ospedaliere.

Tale copertura sarà garantita per tutto il periodo di permanenza continuativa nel Piano sanitario. 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 5 anni solari.

7. ESCLUSIONI

Sono escluse dalla copertura sanitaria le spese per:

- conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza del piano, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il primo anno di età;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla sottoscrizione del piano;
- prestazioni erogate da soggetti diversi da quelli previsti dalle singole garanzie del Piano sanitario;
- prestazioni e cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dal Ministero della Salute;
- cure e interventi odontoiatrici diversi da quanto previsto dal Piano sanitario;
- visite specialistiche odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, psichiatriche, psicoterapeutiche, dietologiche, dietistiche o con biologo nutrizionista;
- prestazioni eseguite per il rilascio di certificazioni o attestati;
- malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni;
- Ricoveri impropri;
- interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- cure e prestazioni sanitarie riguardanti il sospetto di infertilità, il trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi alla procreazione medicalmente assistita;
- cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- 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);
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 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;
- conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
- conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- infortuni derivanti e/o correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad ebbrezza o ubriachezza, 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;
- conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente;
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere ovvero degenze che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale, fisioterapico o riabilitativo di mantenimento;

- 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.

12. LINGUA DELLA DOCUMENTAZIONE

La documentazione in lingua diversa dall'italiano deve essere accompagnata da traduzione in lingua italiana. In caso di assenza della traduzione sul documento di spesa stesso, eventuali spese per richiederne una traduzione ufficiale sono a carico dell'Aderente.

13. 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.

14. 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.

15. 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.

NORME GENERALI

16. 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.

17. 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, c. 5, del Codice del Terzo Settore – D.Lgs 3 luglio 2017, n. 117).

18. 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 mancata regolarizzazione dei versamenti entro i 30 giorni stabiliti, la copertura rimane sospesa dalle ore 24.00 del quindicesimo giorno del mese successivo al mese di pagamento del contributo o della rata di contributo.

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 malattie o infortuni insorti o verificatisi nello stesso periodo di sospensione.

Trascorso 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 di Cooperazione Salute trascorsi almeno 2 anni solari.

19. 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.

20. VISITE DI MEDICI INCARICATI DALLA SOCIETÀ

L'Aderente o i suoi Aventi diritto devono consentire la visita dei medici incaricati da Cooperazione Salute, o dalla Compagnia assicurativa che garantisce la specifica garanzia a seguito di convenzione assicurativa con la Società, e qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Aderente stesso.

L'accertamento può essere disposto:

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

Inoltre, la Società, la Compagnia assicurativa e l'Aderente potranno contattarsi direttamente per richieste di chiarimento o ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione e gestione del Sinistro.

21. RICHIESTA DI INTEGRARE DELLA DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL SINISTRO

La Società, o la Compagnia assicurativa che garantisce la specifica garanzia a seguito di convenzione assicurativa con la Società, può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del Sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge. Sarà cura della Società, o, nel caso di convenzione assicurativa, della Compagnia, inviare all'Aderente una comunicazione di avviso liquidazione per comunicare la chiusura della pratica.

22. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

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

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

23. DIRITTO ALL'INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE

Se in corso di validità del Piano sanitario l'Aderente decede, i suoi eredi legittimi devono avvisare tempestivamente Cooperazione Salute fornendo i propri estremi e il certificato di morte dell'Aderente. La Società procederà, in caso di versamento annuale anticipato, alla restituzione agli eredi del Contributo di adesione pagato e non goduto dall'Aderente deceduto.

Qualora gli eredi intendano chiedere l'Indennizzo dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura è necessario sottopongano a Cooperazione Salute i seguenti documenti aggiuntivi:

- **copia autenticata dell'eventuale testamento con:**
 - estremi del testamento;
 - dichiarazione che il testamento sia l'ultimo valido e non sia stato impugnato;
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire.

Se non è presente un testamento:

- **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato o pubblico ufficiale dalla quale risulti che:**
 - l'Aderente è deceduto senza lasciare testamento;
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi;
 - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità.
- **eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Cooperazione Salute a liquidare l'Indennizzo e ai beneficiari di riscuotere quote loro destinate, nel caso di beneficiari minorenni o incapaci di agire;**
- **fotocopia di un documento di identità valido e di tessera sanitaria/Codice fiscale di ciascun erede;**
- **dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per indennizzare i sinistri presentati o ancora da presentare sino alla scadenza della copertura del Piano sanitario.**

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

24. LIMITI DI SPESA PRE E POST RICOVERO

I limiti di spesa (per esempio Franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese effettuate prima e dopo un ricovero e ad esso collegate, sono quelli previsti dalle garanzie “Periodo Pre ricovero” e “Periodo Post ricovero”, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelta (Assistenza in forma diretta o Assistenza in forma indiretta).

Nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate nella garanzia “Periodo Pre ricovero” vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalla copertura. L’Aderente è tenuto a restituire alla Società entro e non oltre 30 giorni, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall’applicazione della diversa garanzia (per esempio per una Franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l’intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l’Aderente è tenuto, su richiesta della Società a restituire entro e non oltre 30 giorni l’intera somma pagata da Cooperazione Salute alla Struttura convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura convenzionata se non ancora saldato il pagamento.

25. 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.

26. TUTELA DEI DATI PERSONALI

I dati personali dell’Aderente e dell’Avente diritto, forniti a Cooperazione Salute per l’adesione al Piano sanitario e per la fruizione dello stesso, sono tutelati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), come descritto nell’informativa privacy allegata al presente Piano sanitario e nelle informative particolari, rilasciate da Cooperazione Salute al momento dell’attivazione della propria Area Riservata e degli eventuali altri strumenti messi a disposizione dalla Società.

27. 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.

28. CHIARIMENTI E RECLAMI

In caso di richieste di chiarimenti o reclami sulla ammissibilità delle prestazioni, o relativi alla misura dei rimborsi, da parte degli Aderenti della copertura sanitaria, sarà Cooperazione Salute attraverso i suoi organi a provvedere a fornire le risposte all'Aderente.

Nel caso la richiesta di chiarimento o il reclamo riguardi una garanzia prestata da Cooperazione Salute mediante una convenzione assicurativa, sarà la Compagnia assicurativa interessata a dare riscontro all'Aderente.

Qualora la richiesta di chiarimento o il reclamo desse vita ad un 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.

29. 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 iscritto 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.

30. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE

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

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.

ALLEGATI

ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

APPARATO CARDIOVASCOLARE (cuore e grossi vasi)

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endoarterectomia 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
- Pericardiectomia parziale o totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei nel cuore
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Derivazioni aorto polmonari
- Correzione per coartazione aortica
- Interventi per fistole artero-venose del polmone
- Legatura e sezione del dotto di Botallo
- Operazioni per embolia dell'arteria polmonare
- Operazioni a cuore aperto
- Bypass aorto coronario singolo o multiplo con prelievo di vasi
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumori)
- Altri interventi per malformazione di cuore e/o grossi vasi
- Valvuloplastica e sostituzione valvolare

NEUROCHIRURGIA (cranio e sistema nervoso)

- 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
- Asportazione di neoplasie endocraniche, aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Operazioni endocraniche per ascesso o ematoma intracranico
- Operazioni per encefalo-meningocele
- Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningo-midollari
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Emisferectomia
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Intervento sull'ipofisi o sui seni paranasali per via transfenoidale

APPARATO RESPIRATORIO (Trachea, Bronchi, Polmoni, Pleure)

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale (resezioni segmentarie e lobectomia)
- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee
- Pleuropneumectomia
- Toracotomia ampia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Timectomia
- Toracoplastica totale

COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale trasversario

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi per aneurismi arteriosi di: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache
- Intervento sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE (Chirurgia della faccia e della bocca)

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad infortunio che comportino una riduzione delle capacità funzionali >25%
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Asportazione totale della parotide
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale.
- Altri interventi demolitivi del massiccio facciale per tumore o gravi patologie congenite

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale eterogenea e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace ad imbuto e torace carenato
- Ernia diaframmatica
- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale neonatale per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale o retto-vulvare; abbassamento addomino perineale
- Megauretere: a) resezione con reimpianto; b) resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele
- Artroplastica delle grandi articolazioni
- Anastomosi porto-cava, spleno-renale, mesenterico-cava

SISTEMA NERVOSO SIMPATICO

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- Surrenectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale

GINECOLOGIA - SENOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con annessectomia
- Aborto terapeutico
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Eviscerazione pelvica
- Mastectomia radicale mono e/o bilaterale

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Faringolaringectomia
- Antro-atticotomia
- Correzione sordità congenita
- Atresia congenita dell'esofago

ORTOPEDIA - APPARATO OSTEOARTICOLARE 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
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Artroplastica delle grandi articolazioni
- Protesi delle grandi articolazioni
- Interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale o di parti di essa
- Interventi per frattura scomposta e/o con complicanza vascolare e/o nervosa

UROLOGIA - APPARATO GENITALE MASCHILE

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi per fistola vescico-rettale
- Interventi per estrofia della vescica e derivazione
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileo anastomosi
- Nefrotomia bivalve in ipotermia
- Nefrectomia
- Prostatectomia
- Orchietomia per neoplasie maligne con o senza linfadenomectomia

DERMATOLOGIA (CUTE E ANNESSI CUTANEI)

- Patologie neoplastiche cutanee

APPARATO DIGERENTE

(Esofago - Stomaco - Duodeno - Pancreas - Milza - Intestino - Retto - Ano)

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi 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
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Resezione ileo-cecale con linfadenomectomia
- Amputazione del retto per via addomino perineale in un tempo o in più tempi
- Allestimento e/o affondamento di stomie
- Resezione anteriore retto-colica con eventuale stomia di protezione ed eventuale successivo affondamento
- Resezione colica secondo Hartmann compresa la ricostruzione
- Epatico e coledocotomia
- Papillotomis per via trans-duodenale
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo-cisti
- Enucleazioni delle cisti
- Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi del pancreas: a) totale o della testa; b) della coda
- Anastomosi porta-cav, spleno-renale, mesenterico-cava
- Splenectomia

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare
- Interventi per distacchi retinici
- Iridocicloterazione per glaucoma

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALTRO

- Trattamento lesioni tumorali primitive e secondarie con microonde o altri mezzi fisici o chimici ufficialmente approvati dallo Stato

ALLEGATO B - ELENCO GRAVI MALATTIE

- Addome acuto
- Aritmie acute
- Avvelenamenti e intossicazioni acute
- Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - *ulcere torbide*
 - *decubiti*
 - *neuropatie*
 - *vasculopatie periferiche*
 - *infezioni urogenitali o sovrainfezioni*
- Diverticolite acuta
- Dissecazione dei grandi vasi
- Eclampsia e patologie acute legate alla gravidanza
- Embolie arteriose
- Embolie arteriose
- Encefalite
- Episodi vascolari ischemici o emorragici acuti (cerebrali, cardiaci, intestinali)
- Infarto miocardico acuto
- Insufficienza cardiorespiratoria acuta
- Insufficienza cardiorespiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - *dispnea;*
 - *edemi declivi;*
 - *aritmia;*
 - *angina instabile;*
 - *edema o stasi polmonare;*
 - *ipossiemia.*
- Insufficienza renale acuta
- Ipossiemia acuta
- Morbo di Chron
- Neoplasia maligna
- Sclerosi laterale amiotrofica
- Sclerosi multipla
- Scompenso cardiaco o metabolico acuto
- Sindrome di Guillain Barrè
- Soffocamento ed elettrocuzione
- Stati settici acuti
- Stato di coma
- Tetraplegia
- Trombosi venose profonde acute
- Tutti i ricoveri in terapia intensiva con l'esclusione di quelli conseguenti a pandemia
- Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
- Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale

ALLEGATO C - PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE DIAGNOSTICA E STRUMENTALE

RADIOLOGIA TRADIZIONALE

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Rx mammografia e/o bilaterale
- Rx esofago ed RX esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente e prime vie/seconde vie
- RX colonna vertebrale in toto
- Stratigrafia
- Angiografia (compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cistouretrografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Defecografia
- Esame urodinamico
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- Rx stomaco con doppio contrasto
- Rx tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- Rx tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale
- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore
- Ecografia muscolo tendinea
- Ecografia parti molli
- Ecografia tiroidea
- Ecografia transrettale
- Ecografia oculare
- Ecocardiogramma

ECOCOLORDOPPLERGRAFIA

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolor Doppler aorta addominale
- Ecocolor Doppler arti inferiore e superiori
- Ecocolor Doppler tronchi sovraortici

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc con e senza mezzo di contrasto
- OCT

RISONANZA MAGNETICA (RM)

- Cine RM cuore
- Angio RM con e senza mezzo di contrasto
- RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo distretto apparato

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- Campimetria
- ECG dinamico con event recorder esterno
- Elettromiografia
- Elettrocardiogramma (ECG)
- Elettrocardiogramma (ECG) sotto sforzo
- Elettroencefalogramma
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma (EEG) con privazione del sonno
- Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (EMG)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
- Phmetria esofagea e gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE DIAGNOSTICHE

- Biopsie – tutte
- Pap test con esami microbiologici

ENDOSCOPIE DIAGNOSTICHE

- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica
- Colposcopia con o senza vulvosopia diagnostica
- Vulvosopia diagnostica
- Colonscopia diagnostica
- Isteroscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica

Questo documento informativo precontrattuale 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/Quali sono le prestazioni?

✓ **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA** Qualora l'Assicurato abbia necessità a seguito di malattia o infortunio sono previste le seguenti prestazioni:

- Consulenza medica telefonica/Videoconsulto medico o psicologico
- Tutoring Assistenziale
- Invio di un medico/pediatra in Italia
- Consulenza specialistica telefonica
- Trasferimento sanitario programmato in Italia
- Second Opinion Medico Specialistica
- 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 DI ASSISTENZA IN VIAGGIO** Qualora l'Assicurato si trovi in una situazione di difficoltà in viaggio (ad oltre 50 km dalla propria residenza) a seguito del verificarsi di un evento fortuito sono previste le seguenti prestazioni:

- 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;
- ! 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.



Dove vale la copertura?

Le prestazioni di Assistenza medica operano nel territorio della Repubblica italiana, ad eccezione di "Consulenza medica telefonica/Videoconsulto medico e psicologico", "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?

- In caso di Sinistro l'Assicurato deve contattare immediatamente la Struttura Organizzativa al numero telefonico di assistenza 02-24128406. In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al numero 02/24128245.
- L'Assicurato è tenuto a fornire integralmente ogni documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza.
- Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società, mediante lettera raccomandata A.R. o PEC, di ogni aggravamento del rischio.
- Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1913, 1915 Codice Civile, 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?

Il Contraente deve versare il premio minimo garantito alla firma o entro la data indicata in Polizza per le annualità successive. Al termine di ciascuna annualità dovrà provvedere a pagare il premio corrispondente per l'eventuale differenza attiva in rapporto al totale degli Assicurati entrati in copertura durante l'annualità. Nel caso di differenza negativa resta fermo il premio minimo garantito annuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per l'Assicurato la Polizza 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 e cessa alle ore 24:00 del 31/12 dell'annualità in Corso.

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 24:00 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 00:00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione ed avrà una durata di 1 anno. In mancanza di disdetta, da comunicarsi entro 30 giorni dalla data di scadenza tramite raccomandata A/R o PEC, la polizza si rinnova tacitamente per un ulteriore anno e così di anno in anno.

Assicurazione Assistenza

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



Impresa: IMA Italia Assistance S.p.A.

Prodotto: COOPERAZIONE SALUTE

Ultimo DIP aggiuntivo Danni pubblicato e disponibile, Ed. 01/2025

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

[Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.](#)

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 (Anno 2023)

Ammontare complessivo del patrimonio netto: 29.816.856 €;

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): 19.787.250 €;

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: 136%

Al contratto si applica la legge italiana.

PRODOTTO: Cooperazione Salute



CHE COSA È ASSICURATO?

ASSISTENZA MEDICA (tutte le prestazioni sono erogabili un massimo di 3 volte per annualità)

CONSULENZA MEDICA TELEFONICA/VIDEOCONSULTO MEDICO O PSICOLOGICO	Massimale: illimitato
TUTORING ASSISTENZIALE	Massimale: illimitato
INVIO DI UN MEDICO/PEDIATRA IN ITALIA	Massimale: illimitato
CONSULENZA SPECIALISTICA TELEFONICA	Massimale: illimitato
TRASFERIMENTO SANITARIO PROGRAMMATO IN ITALIA	Massimale: 200km per sinistro
SECOND OPINION MEDICO SPECIALISTA	Massimale organizzazione: illimitato Massimale visita specialistica: € 500,00
MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO	Massimale: illimitato
CONSEGNA FARMACI PRESSO LA RESIDENZA	Massimale spese di consegna: illimitato
SERVIZIO SPESA A CASA IN ITALIA	Massimale: 2 buste per richiesta una volta alla settimana
ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO	Massimale: € 300,00 per sinistro
ASSISTENZA FISIOTERAPICA A DOMICILIO	Massimale: € 300,00 per sinistro
COLLABORATRICE FAMILIARE	Massimale: € 300,00 per sinistro
INVIO OLD-SITTER (OSS)	Massimale: € 300,00 per sinistro
RICERCA E INVIO DI DOG-SITTER O CAT-SITTER	Massimale: € 300,00 per sinistro

ASSISTENZA IN VIAGGIO (tutte le prestazioni sono erogabili un massimo di 3 volte per annualità)

INVIO INTERPRETE ALL'ESTERO	Massimale: 8 ore
INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO	Massimale: illimitato
SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA ALL'ESTERO	Massimale: illimitato
PROLUNGAMENTO SOGGIORNO	Massimale: € 70,00/gg per massimo 3 gg
VIAGGIO DI UN FAMILIARE	Massimale: illimitato
ASSISTENZA AI MINORI DI ANNI 12	Massimale viaggio: illimitato Massimale soggiorno: 2 notti e € 300,00 per evento
PROLUNGAMENTO SOGGIORNO DEI FAMILIARI	Massimale soggiorno: 2 notti e € 300,00 per evento
RIENTRO ANTICIPATO O POSTICIPATO	Massimale: illimitato



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi

ASSISTENZA MEDICA IN ITALIA

CONSEGNA FARMACI PRESSO LA RESIDENZA: restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

SECOND OPINION MEDICO SPECIALISTICA: il costo di ulteriori eventuali specifiche indagini cliniche o scientifiche sarà a carico dell'Assicurato

SERVIZIO SPESA A CASA IN ITALIA: rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato.
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.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ASSISTENZA MEDICA IN ITALIA	
CONSULENZA MEDICA TELEFONICA/VIDEOCONSULTO MEDICO O PSICOLOGICO	Non sono previste franchigie o scoperti.
TUTORING ASSISTENZIALE	Non sono previste franchigie o scoperti.
INVIO DI UN MEDICO/PEDIATRA IN ITALIA	Non sono previste franchigie o scoperti.
CONSULENZA SPECIALISTICA TELEFONICA	Non sono previste franchigie o scoperti.
TRASFERIMENTO SANITARIO PROGRAMMATO IN ITALIA	Non sono previste franchigie o scoperti.
SECOND OPINION MEDICO SPECIALISTA	Non sono previste franchigie o scoperti.
MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO	Non sono previste franchigie o scoperti.
CONSEGNA FARMACI PRESSO LA RESIDENZA	Non sono previste franchigie o scoperti.
SERVIZIO SPESA A CASA IN ITALIA	Non sono previste franchigie o scoperti.
ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO	Non sono previste franchigie o scoperti.
ASSISTENZA FISIOTERAPICA A DOMICILIO	Non sono previste franchigie o scoperti.
COLLABORATRICE FAMILIARE	Non sono previste franchigie o scoperti.
INVIO OLD-SITTER (OSS)	Non sono previste franchigie o scoperti.
RICERCA E INVIO DI DOG-SITTER O CAT-SITTER	Non sono previste franchigie o scoperti.
ASSISTENZA IN VIAGGIO (Le prestazioni sono operanti ad oltre 50km dal luogo di residenza)	
INVIO INTERPRETE ALL'ESTERO	Non sono previste franchigie o scoperti.
INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO	Non sono previste franchigie o scoperti.
SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA ALL'ESTERO	Non sono previste franchigie o scoperti.
PROLUNGAMENTO SOGGIORNO	Non sono previste franchigie o scoperti.
VIAGGIO DI UN FAMILIARE	Non sono previste franchigie o scoperti.
ASSISTENZA AI MINORI DI ANNI 12	Non sono previste franchigie o scoperti.
PROLUNGAMENTO SOGGIORNO DEI FAMILIARI	Non sono previste franchigie o scoperti.
RIENTRO ANTICIPATO O POSTICIPATO	Non sono previste franchigie o scoperti.



A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Ai residenti in Italia, Soci di Cooperazione Salute S.M.S.



QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

La quota parte retrocessa dall'impresa di assicurazione agli intermediari è pari ad una media del 20% del premio netto.

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 – e-mail: 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	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it , Info su: www.ivass.it
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).
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/ .

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Il premio sostenuto, riferibile al solo ramo Infortuni, è detraibile al 19% fino ad un ammontare di premio massimo a persona stabilito dalla normativa (al 1° gennaio 2024 - 530,00 €/pers). Per eventuali ulteriori limiti di detraibilità (ex reddituali) si rimanda alla normativa di volta in volta vigente. Di seguito si indicano, inoltre, le aliquote fiscali applicate al premio assicurativo, per ramo: Ramo 18 - Assistenza: 10,00%

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 01/2025

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	3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	4
A) PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA.....	6
B) ASSISTENZA IN VIAGGIO (ad oltre 50 km dal luogo di residenza in Italia dell'Assicurato).....	11

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 o psicologico

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 medico o psicologico 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 medico o psicologico 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/pediatra 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, necessiti, 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, 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.

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 altre 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: 13145490960) (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 degli artt. 13 e 14 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 aderente); contraente; beneficiario; componente familiare/soggetto delegato dall'assicurato/beneficiario¹; essere animale oggetto di tutela assicurativa; ogni altro soggetto le cui informazioni personali potrebbero essere trattate, ove necessario, per l'esecuzione della prestazione assicurativa:

- 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; partita iva; 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); informazioni sul veicolo oggetto di tutela assicurativa (es. targa; modello/marca; data di immatricolazione); numero di polizza assicurativa; sesso; informazioni identificative del titolo di viaggio; elementi identificativi dell'essere animale oggetto di tutela assicurativa (es. microchip); ivi inclusi, i dati bancari/finanziari (es. numero di conto corrente bancario/postale) e/o relativi all'ubicazione/localizzazione; qualsivoglia altra informazione, ivi non descritta in via esemplificativa, legata, direttamente ovvero indirettamente, al sinistro e/o alla richiesta di assistenza assicurativa occorsa/segnalata/comunicata (es. registrazione telefonica avuta con un operatore che agisce per conto di IMA ITALIA; registrazione di tele/video consulto medico e/o veterinario), onde così fornire, al meglio, l'assistenza/copertura assicurativa contrattualmente pattuita con IMA ITALIA; nonché, infine, qualsivoglia altra informazione, ivi non descritta in via esemplificativa, richiesta e/o inserita all'interno dell'applicazione software mobile messa a disposizione da 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 prestazione/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. In ossequio all'art. 14 paragrafo 2) lettera f) del GDPR, IMA ITALIA precisa che l'origine delle informazioni personali, oggetto di trattamento, può eventualmente derivare dal relativo partner commerciale e/o da soggetti terzi (di natura pubblica; di natura privata; a controllo pubblico) coinvolti, direttamente ovvero indirettamente, nell'esecuzione e corretta gestione della prestazione assicurativa. IMA ITALIA precisa, infine, che i soggetti, meglio descritti al precedente art. 1.1., rivestono, in modo tra loro singolare, la qualifica di soggetto interessato ex art. 4 n. 1) del GDPR, a cui deve aggiungersi, in merito, qualsivoglia fornitore/consulente che fornisce, direttamente ovvero indirettamente, una prestazione di varia natura oggetto di tutela assicurativa.

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/polizza assicurativo/a, ivi inclusa l'esecuzione di qualsivoglia adempimento di natura contrattuale/normativa connesso, direttamente o indirettamente, al compiuto perseguimento del relativo rapporto/scopo assicurativo, ivi inclusa l'eventuale fruizione dei servizi messi a disposizione mediante un'apposita applicazione software mobile, previa eventuale registrazione (es. raccolta del premio; compiuta gestione/erogazione 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; riassicurazione; co-assicurazione; attività gestionali interne al gruppo imprenditoriale di cui fa parte IMA ITALIA; registrazione di un tele/video consulto medico e/o veterinario; registrazione telefonica avuta con un operatore che agisce per conto di IMA ITALIA; e-call).

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,

¹ Per maggiori informazioni, IMA ITALIA rimanda, integralmente, al glossario/definizione della relativa condizione di assicurazione rilasciata da IMA ITALIA medesima.

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 (o nel rispetto dell'art. 14 paragrafo 2) lettera d) del GDPR, ove applicabile), 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; art. 9 paragrafo 2) lettera a) del GDPR; 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).

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; art. 9 paragrafo 2) lettera f) del GDPR; 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. Nel rispetto dell'art. 13 paragrafo 1) lettera d) del GDPR (o nel rispetto dell'art. 14 paragrafo 2) lettera b) del GDPR, ove applicabile), 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, dinnanzi 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 reclamo;
- 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) 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 (o nel rispetto dell'art. 14 paragrafo 2) lettera b) del GDPR, ove applicabile), 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 e, poi, produrre una reportistica per conto di IMA ITALIA e/o del partner commerciale di quest'ultima.

2.4. I dati personali sono/possono essere trattati, da parte di IMA ITALIA, per l'esecuzione della seguente finalità di trattamento:

- 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. 209/2005, 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 (o nel rispetto dell'art. 14 paragrafo 2) lettera d) del GDPR, ove applicabile), IMA ITALIA informa del diritto di revocare, in qualsiasi momento, il consenso 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 (o in ossequio all'art. 14 paragrafo 2) lettera a) del GDPR, ove applicabile), 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); con esclusivo riguardo alla registrazione dell'attività di tele/video consulto veterinario: in via generale, sino a n. 3 mesi

dopo la definitiva scadenza del rapporto contrattuale tra IMA ITALIA e il relativo fornitore utilizzato, a tal fine, da IMA ITALIA; con esclusivo riguardo all'avvenuta registrazione a un apposita applicazione software mobile: sino a quando il soggetto interessato registrato manifesta, con comportamenti concludenti, l'intenzione di de-registrazione ovvero sino a quando è permesso a quest'ultimo di utilizzare tale applicazione software mobile; **(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. 2 anni; **(vi)** per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.4. lettera f): sino alla revoca del consenso.

4. Destinatari.

4.1. In ossequio all'art. 13 paragrafo 1) lettera e) del GDPR (o in ossequio all'art. 14 paragrafo 2) lettera b) del GDPR, ove applicabile), 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/facenti 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/impresе/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); partner commerciale; soggetti terzi (di natura pubblica o privata o a controllo pubblico) coinvolti, direttamente o indirettamente, nell'esecuzione e corretta gestione della prestazione assicurativa (es. struttura sanitaria; vettore aereo); autorità di polizia/giudiziaria/finanziaria; struttura sanitaria, anche di emergenza pubblica; **(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/facenti parte del gruppo imprenditoriale di IMA ITALIA; società/impresе/professionisti che forniscono servizi connessi, direttamente o indirettamente, all'esecuzione della finalità di trattamento di specie (es. consulente legale); IVASS; partner commerciale; **(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/facenti parte del gruppo imprenditoriale di IMA ITALIA; IVASS; società/impresе/professionisti che forniscono servizi connessi, direttamente o indirettamente, all'esecuzione della finalità di trattamento di specie (es. consulente legale); partner commerciale; **(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/facenti 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/facenti parte del gruppo imprenditoriale di IMA ITALIA; società/impresе/professionisti che forniscono servizi connessi, direttamente o indirettamente, all'esecuzione della finalità di trattamento di specie (es. società di call center/customer care/ICT); partner commerciale; **(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/facenti parte del gruppo imprenditoriale di IMA ITALIA; società/impresе/professionisti che forniscono servizi connessi, direttamente o indirettamente, all'esecuzione della finalità di trattamento di specie (es. distributore/intermediario; 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), li 29.10.2024 (data di ultimo aggiornamento).

IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A.

(in persona del suo legale rappresentante pro tempore)

MODULO DI RACCOLTA DEL CONSENSO DELL'ASSICURATO

FINALITA' ASSICURATIVA: TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI CD. PARTICOLARI.

Io sottoscritto/a _____, in proprio ovvero per conto dell'assicurato/beneficiario, presto il consenso **OBBLIGATORIO** al trattamento dei dati personali cd. particolari propri ovvero dell'assicurato/beneficiario individuato, affinché IMA ITALIA possa perseguire la (macro) finalità di trattamento descritta all'art. 2.1. lettera a) della relativa informativa ex art. 13 del GDPR (ossia: **finalità assicurativa**).

Data: _____

Firma: _____



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

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