Cooperazione Salute
società di mutuo soccorso

Piano sanitario

Eticare Under 35 Famiglia

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

Eti*care* Under 35 Famiglia

EDIZIONE **2026**

DESTINATARI	**SOCI** e **CLIENTI** di **Banca Etica** che intendono sottoscrivere un Piano Sanitario base in modalità **FAMIGLIA**	
CONTRIBUTO	*Il contributo associativo è pari a:*	
	SOCIO	**CLIENTE**
	€ 51 al mese **€ 612** all'anno	**€ 53** al mese **€ 636** 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 34 anni**.	

Garanzie

AREE DI COMPETENZA	MASSIMALI
ALTA SPECIALIZZAZIONE	€ 3.000
VISITE SPECIALISTICHE	€ 1.000
TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO E PRONTO SOCCORSO	€ 1.000
ODONTOIATRIA	€ 3.000
MATERNITÀ	€ 750
SUPPORTO PSICOLOGICO E PSICHIATRICO PER I MINORI	€ 200
PROGRAMMA DI PREVENZIONE	1 percorso di prevenzione ogni 36 mesi per avente diritto
LENTI	€ 300
PRESIDI SANITARI E PROTESI	€ 250
VIDEOCONSULTO MEDICO E PSICOLOGICO	3 video consulti per anno associativo
SUPPORTO AL CAREGIVER - TUTORING ASSISTENZIALE	3 sessioni per anno associativo
ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA H24	In Italia e all'estero
ACCESSO A TARIFFARI AGEVOLATI	Per Iscritto e nucleo familiare

SOMMARIO

1. PREMESSE pag. 6

2. GLOSSARIO pag. 8

3. ASSISTENZA pag. 13

4. PRESTAZIONI pag. 18

4.1 *Area* SPECIALISTICA pag. 20
4.2 *Area* ODONTOIATRICA pag. 24
4.3 *Area* MATERNITÀ pag. 27
4.4 *Area* PSICOLOGICA pag. 29
4.5 *Programmi di* PREVENZIONE pag. 31
4.6 *Area* LENTI E PRESIDI pag. 35
4.7 GARANZIE AGGIUNTIVE pag. 38

5. NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO pag. 41

6. ALLEGATI pag. 55

7. REGOLAMENTO IMA ITALIA ASSISTANCE pag. 57

PREMESSE

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

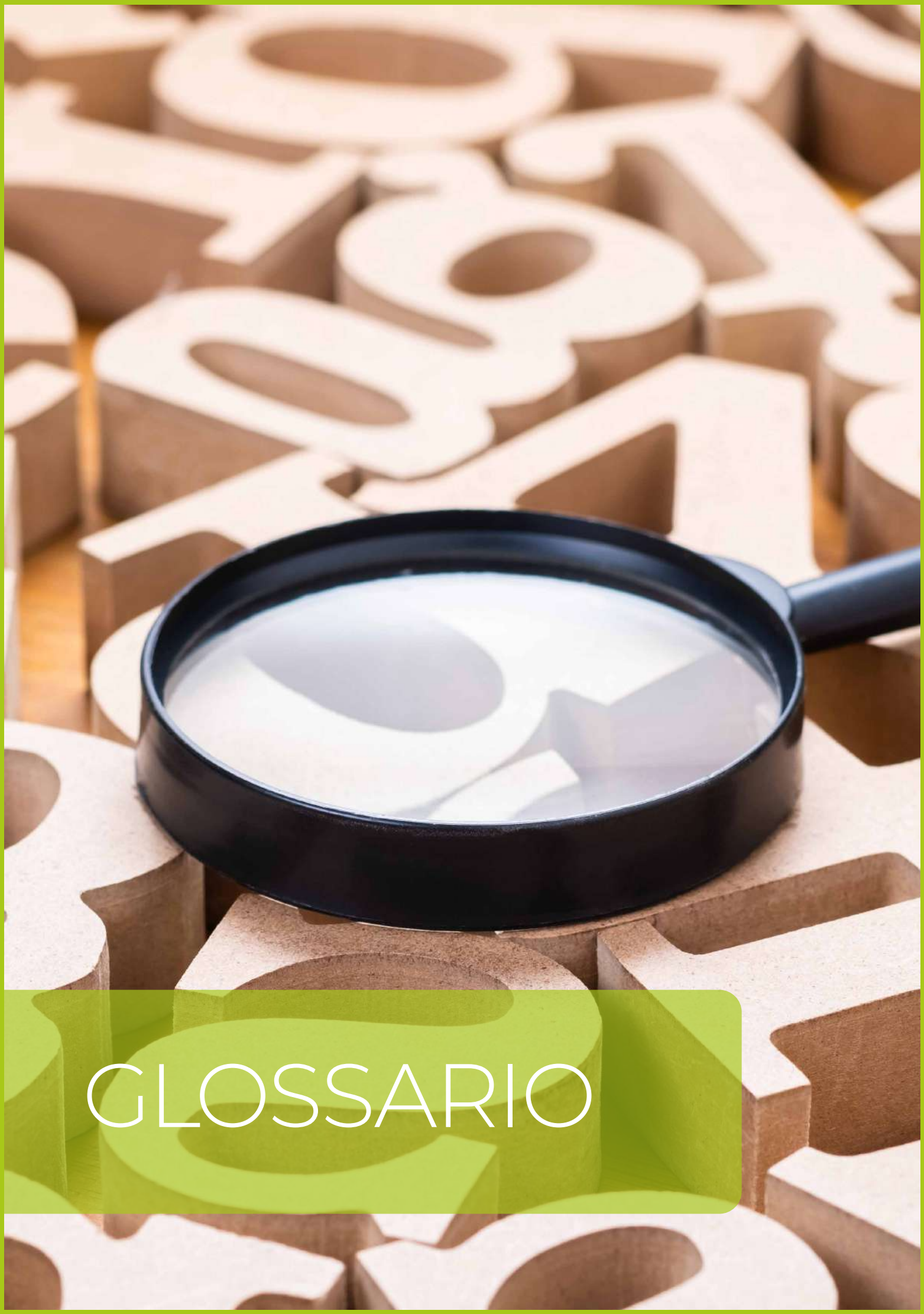
Il piano sanitario ha l'obiettivo di fornire agli aderenti a Cooperazione Salute e agli aventi diritto alla copertura un supporto per la comprensione ed utilizzo delle prestazioni in esso previste.

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

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

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

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



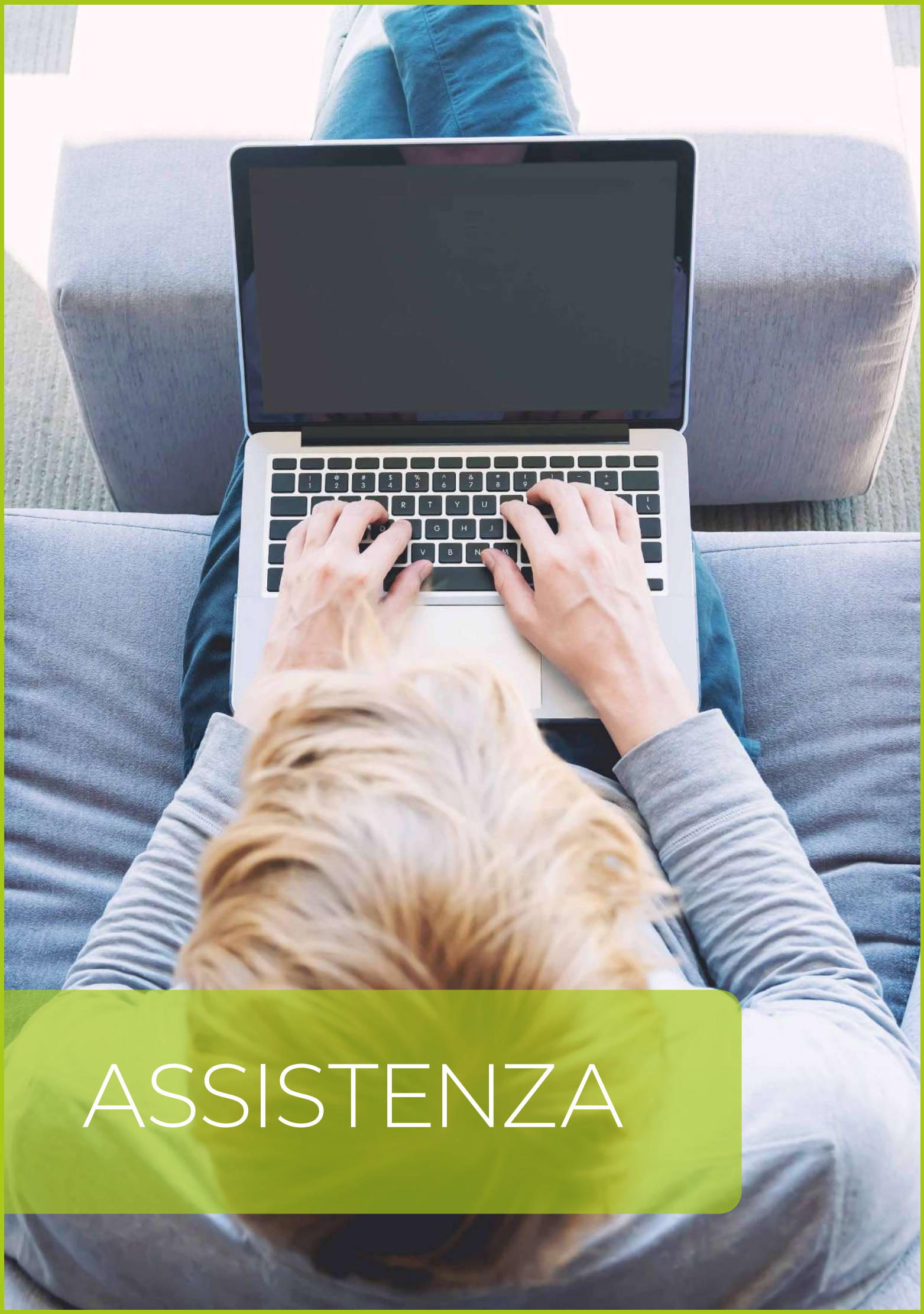
GLOSSARIO

TERMINE	DEFINIZIONE
Accertamento diagnostico:	prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
Aderente:	la persona fisica che sottoscrive un Piano sanitario con Cooperazione Salute assumendo la qualifica di Socio ordinario della Società di Mutuo Soccorso e Aderente al Piano sanitario.
Alta specializzazione:	l'insieme degli esami diagnostici previsti nell'elenco presente nell'omonima Garanzia.
Area Riservata:	portale web di Cooperazione Salute accessibile mediante credenziali personali, ad utilizzo gratuito, a cui è possibile registrarsi soltanto se già Aderenti alla Società. È lo strumento che permette di utilizzare i servizi che Cooperazione Salute offre per usufruire della propria copertura sanitaria integrativa.
Assistenza in forma diretta:	regime per cui l'Aderente accede alle prestazioni garantite dal Piano sanitario presso una struttura convenzionata con il Network di Cooperazione Salute tramite preventiva richiesta alla Società mediante Area Riservata, previa prescrizione del Medico di Medicina Generale o di un Medico specialista, ove non diversamente indicato. L'Aderente è tenuto indenne dal pagamento delle prestazioni fruite presso il Network nei limiti delle somme indicate analiticamente nel Piano sanitario. Eventuali importi ulteriori (es. scoperti, franchigie) restano invece a suo carico e devono essere pagati direttamente alle strutture del Network. L'Aderente può consultare l'elenco delle strutture convenzionate nella sezione Consultazione della propria Area Riservata fruibile nel sito www.cooperazionesalute.it - Area Riservata Aderenti - Adesioni Individuali o nell'App di Cooperazione Salute.
Assistenza in forma indiretta:	regime per cui all'Aderente è riconosciuto, sulla base delle previsioni del Piano sanitario: • un Rimborso per spese già sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte, previa sottoposizione alla Società dei documenti di spesa e della prescrizione medica del Medico di Medicina Generale o di un Medico specialista, ove non diversamente indicato, nei limiti e nelle modalità previste dal Piano sanitario; • un Indennizzo al verificarsi di un Sinistro previsto dal Piano sanitario."
Assistenza infermieristica:	assistenza offerta da professionista sanitario munito di specifica qualifica riconosciuta dal Ministero della Salute e regolarmente Aderente all'Ordine Professionale tenuto presso la federazione Fnopi.
Assistenza:	aiuto in denaro o in natura fornito all'Aderente che si trovi in difficoltà a causa dell'occorrenza di un evento fortuito.
Avente diritto:	la persona fisica non socia di Cooperazione Salute che beneficia di un Piano sanitario della Società in quanto membro del Nucleo familiare dell'Aderente, previo versamento da parte dell'Aderente del relativo Contributo di adesione, ove previsto dal Piano sanitario.
Carenze contrattuali/ Termini di aspettativa:	il periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza del Piano sanitario e il momento in cui la Garanzia diventa operativa.
Centro medico:	struttura dotata di direzione sanitaria, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica.
Contributo di adesione:	la somma che il soggetto versa a Cooperazione Salute per diventare Socio Ordinario e Aderente al Piano sanitario.
Difetto fisico:	Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Domanda di adesione al Piano sanitario:	modulo consegnato all'Aderente al momento dell'adesione al Piano sanitario, finalizzato alla presentazione formale della domanda di iscrizione del soggetto a Cooperazione Salute e di adesione al Piano sanitario prescelto.
Evento e Data Evento:	Per il Ricovero, anche in regime di Day Hospital/Day Surgery, o l'Intervento ambulatoriale previsti dal Piano sanitario, la data dell'evento coincide con la data del ricovero stesso o dell'intervento in ambulatorio. Per le prestazioni extraospedaliere sanitarie, socio-sanitarie od odontoiatriche: in caso di singola prestazione, la data dell'evento coincide con la data della prestazione stessa, in caso di più prestazioni ricomprese in un Piano sanitario terapeutico, la data dell'evento coincide con la prima prestazione effettuata.
Franchigia:	somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Aderente. Se espressa in giorni, equivale al numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Aderente l'importo garantito; il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.
Garanzia:	individua l'evento dannoso coperto dal Piano sanitario.
Indennizzo:	somma forfettaria dovuta al verificarsi del sinistro, escludente il Rimborso e l'Assistenza diretta per lo stesso sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna, che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili
Intramoenia:	prestazioni erogate in libera professione, per scelta del paziente, al di fuori del normale orario di lavoro, da medici di una struttura sanitaria pubblica, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche della struttura stessa a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa. Le prestazioni possono essere svolte in regime ambulatoriale, di day hospital/day surgery o di ricovero, nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).
Istituto di cura:	ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni o assistenza, le strutture per anziani, i centri del benessere.
Lungodegenza:	degenza ospedaliera riservata ai pazienti che, conclusa la fase acuta del ricovero, necessitano di un prolungamento del regime ospedaliero in quanto le condizioni cliniche generali postumi della patologia di base non consentono l'immediato rientro in ambito domiciliare.
Malattia Mentale:	le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel quinto capitolo "Disturbi psichici" della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM).
Malattia:	qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, non dipendente da Infortunio. La algìa di qualsiasi natura, ad esempio la sciatalgia, la lombalgia, la cervicalgia, rappresenta un dolore localizzato o un sintomo ma non una patologia. Non sono considerate patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Aderente deve inviare a Cooperazione Salute non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Aderente, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.
Malformazione:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Massimale:	importo stabilito per anno di copertura e per singola area di Garanzie del Piano sanitario, rappresentante la spesa massima che la Società si impegna a sostenere nei confronti dell'Aderente per le relativa area di Garanzie.

Medico di Medicina Generale (MMG):	alla categoria dei medici di Medicina Generale appartiene: il Medico di Assistenza Primaria, ossia il medico convenzionato con la ASL per l'esercizio della professione nell'ambito dell'assistenza primaria all'interno del Sistema Sanitario Nazionale (medico di famiglia); il Medico di Continuità Assistenziale (Guardia Medica); il Medico dell'Emergenza - Urgenza; il Medico addetto alla Medicina dei Servizi.
Medico Specialista:	medico chirurgo che ha conseguito una specializzazione universitaria in una particolare disciplina medica o chirurgica, regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici.
Network:	rete convenzionata di Cooperazione Salute, costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. L'Aderente può consultare l'elenco delle strutture convenzionate nella sezione Consultazione della propria Area Riservata fruibile nel sito www.cooperazionesalute.it - Area Riservata Iscritti - Adesioni Individuali o nell'App di Cooperazione Salute.
Nucleo familiare:	l'insieme dei soggetti di seguito elencati, riscontrabili nel certificato di stato di famiglia dell'Aderente: • 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.
Optometrista:	professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.
Patologia in atto/ Patologia pregressa:	malattia diagnosticata e/o che abbia reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'entrata in vigore della copertura del Piano sanitario.
Piano sanitario:	documento che descrive e disciplina il complesso delle Garanzie, delle attività e dei servizi erogabili da Cooperazione Salute all'Aderente e/o all'Avente Diritto.
Piano terapeutico:	documento sottoscritto dall'Aderente comprendente la descrizione dell'insieme della prestazioni che il professionista sanitario convenzionato (ad esempio: medico, odontoiatra, fisioterapista) e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva Presa in carico. Eventuali successive variazioni al Piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova Presa in carico da parte della Società.
Presa in carico:	comunicazione della Società alla Struttura sanitaria convenzionata riguardo alle prestazioni che la Società si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente alla stessa. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel Piano sanitario.
Protesi acustica/ Apparecchio acustico:	dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi congeniti o acquisiti, avente carattere di stabilizzazione clinica.
Protesi ortopedica:	mezzo artificiale che sostituisce nella morfologia e, per quanto possibile, nella funzione un arto mancante o una parte di esso. Sono escluse, per esempio, le ortesi (come collari, tutori, busti, ginocchiere, cavigliere, plantari).
Reclamo/Doglianza:	una dichiarazione di insoddisfazione non generica con cui l'Aderente avanza una specifica pretesa nei confronti della Società relativa alle prestazioni e ai servizi di cui ha usufruito, previsti dal Piano sanitario a cui aderisce. Non sono considerate doglianze le richieste generiche di informazioni o di chiarimenti.
Ricovero/Degenza:	permanenza in istituto di cura con pernottamento documentato da cartella clinica e da una scheda di dimissione ospedaliera. La permanenza nel pronto soccorso/ astanteria non è considerata ricovero o degenza se non segue il ricovero nello stesso Istituto di cura.

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



ASSISTENZA

ASSISTENZA VIA AREA RISERVATA O E-MAIL

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

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

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

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

Almeno **3 giorni lavorativi** prima della prestazione, inviare a Cooperazione Salute la **Richiesta di Prestazione in Forma Diretta** tramite Area Riservata compilando il Form online e allegando la copia della prescrizione del Medico di Medicina Generale (MMG). Qualora espressamente indicato nella singola Garanzia del piano sanitario, è possibile inviare la prescrizione di un Medico specialista o fruire della prestazione senza prescrizione medica (ad esempio, per i pacchetti di prevenzione). La prescrizione deve contenente 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 allegherà alla richiesta nella sezione Pratiche in Area Riservata, l'unico documento utile per fruire della prestazione in forma diretta). Al termine della prestazione sanitaria l'Aderente dovrà saldare, direttamente alla struttura, la quota di sua competenza indicata sul modulo di autorizzazione di Cooperazione Salute. La quota rimanente verrà liquidata direttamente alla Struttura convenzionata da Cooperazione Salute.

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

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

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

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

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

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

GESTIONE DEI RIMBORSI

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

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

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

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

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

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

2. ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA H24

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

Le prestazioni incluse riguardano le seguenti aree:

ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA

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

ASSISTENZA IN VIAGGIO

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

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

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

PRESTAZIONI

Sommario *PRESTAZIONI*

Area SPECIALISTICA pag. 20

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE pag. 21
2. VISITE SPECIALISTICHE pag. 22
3. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO E PRONTO SOCCORSO pag. 23

Area ODONTOIATRICA pag. 24

4. PREVENZIONE ODONTOIATRICA pag. 25
5. CURE ODONTOIATRICHE pag. 25
6. CURE ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO pag. 26

Area MATERNITÀ pag. 27

7. PACCHETTO MATERNITÀ pag. 28

Area PSICOLOGICA pag. 29

Area PSICOLOGICA pag. 30

Programmi di PREVENZIONE pag. 31

PROGRAMMI DI PREVENZIONE pag. 32

- CHECK UP DONNA pag. 32
- CHECK UP UOMO pag. 33
- PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE pag. 33
- PREVENZIONE DERMATOLOGICA pag. 33
- PREVENZIONE SPORT pag. 34
- PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA pag. 34
- PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO pag. 34

Area LENTI E PRESIDI pag. 35

8. LENTI pag. 36
9. PRESIDI SANITARI E PROTESI pag. 37

GARANZIE AGGIUNTIVE pag. 38

10. VIDEOCONSULTO MEDICO E PSICOLOGICO pag. 39
11. SUPPORTO AL CAREGIVER - TUTORING ASSISTENZIALE pag. 40

Area **SPECIALISTICA**

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

Area SPECIALISTICA

AVVERTENZE

- Ai fini del rimborso i documenti di spesa (fatture, ricevute e ogni altra tipologia di nota di spesa) debbono riportare l'indicazione specifica della tipologia di prestazione fruita o della specialità del medico nel caso di visita specialistica, la quale dovrà risultare attinente alla patologia denunciata nella richiesta del medico curante (MMG) o del medico specialista, pena il diniego di rimborso o della assistenza diretta.
- Per verificare quali tipologie di prestazioni sono escluse dalla copertura si consiglia di consultare le Norme di Attuazione del piano sanitario, articolo 13 "Esclusioni".

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le prestazioni di Alta Specializzazione ricomprese nell'Allegato 1, eseguite in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) o medico specialista indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta. Si precisa che in caso di prestazioni private (quindi senza pagamento di un ticket presso l'SSN) il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore.

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

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

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

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

MASSIMALE ANNUO: € 3.000

2. VISITE SPECIALISTICHE

Il piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le visite specialistiche eseguite in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) o medico specialista indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta, nel limite di due visite per specializzazione in regime privato per anno di copertura. Si precisa che in caso di prestazioni private (quindi senza pagamento di un ticket presso l'SSN) il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore.

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

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

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Nel caso di utilizzo di una struttura convenzionata o non convenzionata con il pagamento totale della prestazione, l'Aderente può richiedere il rimborso della spesa sostenuta nella misura del **50%**, con un massimo di **€ 40** per prestazione ed un totale di rimborso annuo massimo per visite private pari a € 500.

MASSIMALE ANNUO: € 1.000

3. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, DI LABORATORIO E PRONTO SOCCORSO

Il piano sanitario prevede il rimborso dei ticket per accertamenti diagnostici e di laboratorio effettuati presso il Sistema Sanitario Nazionale, in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) o medico specialista indicante la patologia accertata o presunta per la quale la prestazione viene richiesta. Il piano sanitario prevede altresì il rimborso del ticket per l'accesso al pronto soccorso.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Rimborso integrale dei ticket sanitari effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale.

MASSIMALE ANNUO: € 1.000

Area
ODONTOIATRICA

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

Area ODONTOIATRICA

4. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Il piano sanitario incentiva la prevenzione odontoiatrica periodica tramite il rimborso di una seduta annuale di ablazione del tartaro per persona (Aderente ed Aventi diritto) fruita presso una struttura convenzionata.

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- La prestazione può essere fruita presso una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. Il costo è interamente a carico di Cooperazione Salute.

5. CURE ODONTOIATRICHE

Il piano sanitario prevede il rimborso delle spese per le seguenti cure odontoiatriche fruite presso le strutture convenzionate:

a. avulsioni semplici o complesse: **€ 50** a trattamento, per un massimo di **4** trattamenti all'anno per persona.

b. otturazioni in composito o amalgama: **€ 50** a trattamento, per un massimo di **4** trattamenti all'anno per persona.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA PRESSO STRUTTURE CONVENZIONATE

- Il rimborso della spesa sostenuta per le prestazioni descritte al paragrafo precedente spetta ad ogni Aderente ed Avente diritto e può essere accordato solo nel caso di fruizione presso una struttura convenzionata con il Network di Cooperazione Salute o mediante ticket presso strutture del Sistema Sanitario Nazionale o con esso convenzionate.

MASSIMALE ANNUO: € 1.500

6. 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. La prestazione dovrà essere effettuata entro 6 mesi dalla data dell'infortunio.

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- Le prestazioni possono essere fruite presso le strutture convenzionate mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. Il costo è interamente a carico di Cooperazione Salute.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente. Le spese sostenute dall'Aderente vengono rimborsate nella misura del 50%.

MASSIMALE ANNUO: € 1.500

Area
MATERNITÀ

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

Area MATERNITÀ

AVVERTENZE

- Ai fini del rimborso i documenti di spesa (fatture, ricevute e ogni altra tipologia di nota di spesa) debbono riportare l'indicazione specifica della tipologia di prestazione fruita o della specialità del medico nel caso di visita specialistica, la quale dovrà risultare attinente alla prescrizione del medico curante (MMG) o del medico specialista, pena il diniego.
- Per verificare quali tipologie di prestazioni sono escluse dalla copertura si consiglia di consultare le Norme di Attuazione del piano sanitario, articolo 13 "Esclusioni".

7. PACCHETTO MATERNITÀ

In caso di gravidanza, il piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Aderente, in presenza di un certificato di gravidanza indicante la data presunta del parto. Le prestazioni rimborsabili, fruite presso strutture convenzionate e non convenzionate, sono:

a. Ecografie di controllo;

b. Amniocentesi;

c. Villocentesi;

d. Analisi di laboratorio per il monitoraggio della gravidanza;

e. Visite specialistiche ginecologico-ostetriche di controllo sull'andamento della gravidanza.

Dalla presente Garanzia sono esclusi i test genetici prenatali su DNA fetale.

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

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

MASSIMALE ANNUO: € 750

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

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

Area
PSICOLOGICA

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

Area PSICOLOGICA

AVVERTENZE

In deroga a quanto previsto dalle Norme di Attuazione del piano sanitario, articolo 13 “Esclusioni”, nella presente Area sono ammesse prestazioni erogate da medici psichiatri e da psicoterapeuti regolarmente abilitati all’esercizio della professione.
Ai fini del rimborso i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l’indicazione della qualifica dello specialista (medico psichiatra o psicoterapeuta) che ha erogato la prestazione.

AREA PSICOLOGICA

Il piano sanitario prevede il rimborso delle spese sostenute per cicli psicoterapici/psichiatrici destinati ai figli minori dell’Aderente, previa prescrizione del Pediatra, del medico curante (MMG) o del medico specialista. Si precisa che il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente.
- Le spese sostenute dall’Aderente vengono rimborsate nella misura del **70%** con il massimo di **€ 50** per prestazione.

MASSIMALE ANNUO: € 200

Programmi di **PREVENZIONE**

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

Programmi di PREVENZIONE

PROGRAMMI DI PREVENZIONE

Il Piano sanitario garantisce la possibilità all'Aderente e agli aventi diritto di beneficiare dei programmi di prevenzione di seguito descritti, fruibili presso le strutture convenzionate senza alcun onere a carico, previo riascio dell'autorizzazione da parte di Cooperazione Salute. Per i programmi di prevenzione non è richiesta la prescrizione del medico curante o del medico specialista. Ogni soggetto (Aderente o avente diritto) può beneficiare complessivamente una sola volta nell'arco di tre anni solari di un programma di prevenzione.

CHECK UP DONNA

- Emocromocitometrico
- Glicemia
- Creatinina
- Colesterolo totale
- Colesterolo LDL e HDL
- Trigliceridi
- Quadro sieroproteico (elettroforesi)
- Proteina C reattiva
- Acido urico
- 17Beta estradiolo
- LH
- FSH
- Vitamina D25OH
- Transaminasi GOT e GPT
- Gamma-GT
- TSHR
- Sodio
- Cloro
- Ferro
- Ferritina
- Potassio
- Omocisteina
- Esame urine completo
- Sangue occulto nelle feci
- Prelievo venoso

CHECK UP UOMO

- Emocromocitometrico
- Glicemia
- Creatinina
- Colesterolo totale
- Colesterolo LDL e HDL
- Trigliceridi
- Quadro sieroproteico (elettroforesi)
- Acido urico
- Testosterone
- Vitamina D25OH
- Transaminasi GOT e GPT
- Gamma-GT
- Proteina C reattiva
- TSHR
- Sodio
- Calcio
- Cloro
- Potassio
- PSA Riflesso
- Omocisteina
- Esame urine completo
- Sangue occulto nelle feci
- Prelievo venoso

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

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

PREVENZIONE DERMATOLOGICA

- Mappatura nevica con epiluminescenza digitale
- Visita specialistica dermatologica

PREVENZIONE SPORT

- Emocromocitometrico e morfologico (Hb,-GR,GB, piastrine, indici eritrocitari der. F.L.)
- Glicemia
- Azotemia
- Creatininemia
- Elettroliti: potassio e sodio (nel sangue e nelle urine)
- Urine, esame chimico e microscopico completo
- E.C.G. di base e dopo sforzo
- Ecocardiogramma M Mode 2D
- Spirometria semplice (con vitalograph)

PREVENZIONE ONCOLOGICA DONNA

(età superiore a 40 anni)

- PAP – Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico)
- CA 15.3 (marcatore del tumore mammarico)

PREVENZIONE ONCOLOGICA UOMO

(età superiore a 45 anni)

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

ASSISTENZA IN FORMA DIRETTA

- La prestazione può essere fruita presso una struttura convenzionata mediante l'autorizzazione preventiva rilasciata da Cooperazione Salute. Il costo è interamente a carico di Cooperazione Salute.

Area

LENTI E PRESIDI

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

Area LENTI E PRESIDI

8. LENTI

Il piano sanitario prevende il rimborso delle spese per l'acquisto di due lenti per occhiali da vista o due confezioni di lenti a contatto di lunga durata (al minimo trimestrale), a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista od optometrista abilitato. La certificazione deve avere la medesima data del documento di spesa o antecedente di massimo 6 mesi. Non sono riconosciute le certificazioni che non siano strettamente riconducibili a motivazioni patologiche o funzionali dell'apparato visivo. La prestazione può essere fruita dall'Aderente e dagli aventi diritto una volta nell'arco di due anni solari, a seguito di modifica del visus certificata.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente. Le spese sostenute dall'Aderente vengono rimborsate nella misura del 50%.

MASSIMALE: € 300 ogni 2 anni

9. PRESIDI SANITARI E PROTESI

Il Piano sanitario prevede il rimborso delle spese per l'acquisto dei seguenti presidi sanitari e protesi per il ripristino della funzionalità fisica e per la correzione di menomazioni fisiche, in presenza di prescrizione del medico curante (MMG) o medico specialista:

- apparecchi ortopedici: docce, stecche, staffe, divaricatori, tutori, corsetti, busti, reggispalle, collari, minerve;
- protesi di arto inferiore e superiore tradizionale o modulare, funzionali ad energia corporea;
- presidi per la deambulazione: stampelle, tripode, quadripode, stabilizzatore per statica in postura eretta, stabilizzatore per statica in postura supina;
- presidi per la mobilità: carrozzina pieghevole, carrozzina di transito;
- protesi acustiche;
- protesi per laringectomizzati: cannula tracheale in plastica o metallo;
- protesi fisiognomiche: protesi mammaria esterna, provvisoria o definitiva;
- protesi oculare;
- plantari.

ASSISTENZA IN FORMA INDIRETTA

- Nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sanitari vengono rimborsati integralmente. Le spese sostenute dall'Aderente vengono rimborsate nella misura del 50%.

MASSIMALE ANNUO: € 250

GARANZIE AGGIUNTIVE

10. VIDEOCONSULTO MEDICO E PSICOLOGICO

Nel caso in cui l'Aderente si ritrovi in condizione di necessità, il Piano sanitario prevede la possibilità di attivare un consulto medico o psicologico a distanza dal lunedì al venerdì, negli orari 10:00-13:00 e 15:00-18:00. All'Aderente è richiesto esclusivamente di essere dotato dei necessari dispositivi (personal computer o smartphone) per l'accesso al video-consulto. La prestazione di Video-consulto medico o psicologico viene fornita per un massimo di 3 volte per Aderente e per anno associativo.

- *Il servizio è offerto grazie alla convenzione con Ima Italia Assistance. Per conoscere le modalità di fruizione, 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 in calce al presente regolamento.*

11. SUPPORTO AL CAREGIVER - TUTORING ASSISTENZIALE

Nel caso in cui l'Iscritto, 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, tota-le, temporanea o permanente dell'Iscritto 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 Iscritto e per anno di copertura.

- *Il servizio è offerto grazie alla convenzione con Ima Italia Assistance. Per conoscere le modalità di fruizione, 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 in calce al presente regolamento.*

NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO

Sommario *NORME*

NORME DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO

1. DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE pag. 42
2. INCLUSIONE DI FAMILIARI E VARIAZIONE PRESTAZIONI IN CORSO D'ANNO pag. 42
3. ESCLUSIONE DI UN AVENTE DIRITTO IN CORSO D'ANNO pag. 43
4. CONTRIBUTO pag. 43
5. PASSAGGIO DA CLIENTE A SOCIO DI BANCA ETICA O DA SOCIO A CLIENTE pag. 44
6. DECORRENZA, DURATA, TACITO RINNOVO E DISDETTA DELLA COPERTURA pag. 44
7. CONSEGNA DOCUMENTALE DA PARTE DI COOPERAZIONE SALUTE ALL'Aderente pag. 45
8. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA PER MANCATO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO pag. 45
9. PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI pag. 45
10. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE pag. 46
11. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE pag. 46
12. LIMITI DI ETÀ pag. 46
13. PASSAGGIO AUTOMATICO ALLA FASCIA D'ETÀ SUCCESSIVA pag. 46
14. CARENZE pag. 47
15. ESCLUSIONI pag. 48
16. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI pag. 49
17. PATOLOGIE PREGRESSE pag. 49
18. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI pag. 49
19. DIRITTO ALL'INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE pag. 50
20. GESTIONE MUTUALISTICA pag. 51
21. TUTELA DEI DATI PERSONALI pag. 51
22. CONTROLLI pag. 51
23. CHIARIMENTI E RECLAMI pag. 52
24. PRESTAZIONI TRA DUE ANNUALITÀ pag. 52
25. IMPOSTE E ONERI AMMINISTRATIVI pag. 52
26. RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE pag. 53
27. CONTROVERSIE pag. 53
28. RICHIAMO ALLO STATUTO SOCIALE pag. 53

1. DESTINATARI E MODALITÀ DI ADESIONE

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

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

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

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

Ai piani sanitari possono aderire anche i componenti del nucleo familiare dell'Aderente ("Aventi Diritto"), come definiti nel Glossario. In tal caso, l'Aderente dovrà aderire ad uno o più piani sanitari espressamente dedicati alla copertura dell'intero nucleo familiare. L'inclusione dei familiari può avvenire in fase di prima iscrizione oppure in fase di rinnovo annuale dell'iscrizione al piano sanitario. Qualora l'Aderente che ha sottoscritto un piano sanitario Family intenda aderire ad un piano sanitario aggiuntivo, tale adesione potrà avvenire esclusivamente per l'intero nucleo familiare e solo se il nucleo familiare è già aderente al piano sanitario propedeutico previsto.

È facoltà dell'Aderente, in fase di rinnovo annuale, convertire l'adesione individuale in adesione Family. Nel caso inverso di sostituzione di un'adesione Family con un'adesione individuale senza soluzione di continuità, un ulteriore passaggio ad un'adesione Family potrà avvenire solo trascorsi almeno due anni solari dall'attivazione dell'ultima adesione individuale.

In tutti i casi di sostituzione del piano sanitario nel corso di una stessa adesione a Cooperazione Salute senza soluzione di continuità, i termini di carenza e di esclusione delle patologie pregresse decorrono dalla data di prima iscrizione ad un piano sanitario Eticare, limitatamente alle garanzie e ai massimali già previsti dal piano sanitario sostituito. La richiesta di sostituzione del piano sanitario può essere sottoposta dall'Aderente mediante l'Area Riservata Iscritti dal 1° settembre e non oltre il 31 ottobre dell'anno di scadenza della copertura in corso.

L'inclusione in corso d'anno è consentita esclusivamente per i neonati, qualora sia già attiva un'adesione ad un piano sanitario dedicato al nucleo familiare. La variazione deve essere comunicata entro 30 giorni dalla nascita: in tal caso, la copertura decorre dalla data della nascita. Qualora la comunicazione avvenga oltre 30 giorni, la copertura decorrerà dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello della comunicazione. Negli altri casi di variazione del nucleo familiare (ad esempio matrimonio), la copertura per i nuovi Aventi Diritto decorrerà dal 1° gennaio dell'annualità successiva all'anno in cui avviene la variazione. La comunicazione dovrà pervenire a Cooperazione Salute entro e non oltre il termine previsto per la disdetta, ovvero entro 60 giorni dalla scadenza dell'anno solare in cui ha termine l'adesione in corso.

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

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

4. CONTRIBUTO

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

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

5. PASSAGGIO DA CLIENTE A SOCIO DI BANCA ETICA O DA SOCIO A CLIENTE

Qualora un Aderente, Cliente di Banca Etica, acquisisca la qualifica di Socio della medesima, ha diritto ad accedere alla fascia contributiva a lui riservata, riferita al piano sanitario a cui risulta iscritto. Nel caso inverso di passaggio dalla qualifica di Socio a quella di Cliente, all'Aderente sarà applicata la fascia contributiva di Cliente. La variazione contributiva decorre dal 1° gennaio dell'anno solare successivo all'acquisizione della qualifica di Socio, previa comunicazione alla Mutua da parte dell'Aderente e successiva conferma da parte di Banca Etica alla stessa.

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

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

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

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

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

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

8. SOSPENSIONE DELLA COPERTURA PER MANCATO VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO

In caso di mancato versamento del contributo, è data la possibilità all'Aderente di regolarizzare la propria posizione entro 30 giorni senza effetto sulla copertura. In caso di mancato versamento del contributo per due mensilità consecutive, la copertura rimane sospesa dal primo giorno del mese successivo al secondo mese di irregolarità contributiva.

Qualora l'Aderente regoli la propria posizione entro la fine del 6° mese successivo al primo mancato versamento, la copertura sarà riattivata ad esclusione degli eventi riconducibili al periodo di sospensione o successivi alla regolarizzazione ma relativi a patologie o infortuni insorte o verificatosi nello stesso periodo di sospensione. Oltre il 6° mese di sospensione non sarà più possibile per l'Aderente regolarizzare la propria posizione e la copertura si intenderà automaticamente cessata con l'esclusione dell'Aderente dalla qualifica di Socio di Cooperazione Salute come previsto dal Regolamento Attuativo Dello Statuto, fermo il diritto della Società al recupero delle somme dovute, comprensive di eventuali interessi e spese sostenute, previa formale comunicazione di sollecito e messa in mora ai sensi degli artt. 1218 e 1284 c.c. Nel caso di esclusione dalla qualifica di Socio di Cooperazione Salute, il soggetto escluso potrà richiedere una nuova adesione ad un piano sanitario di Cooperazione Salute trascorsi almeno 3 anni solari.

9. 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.

10. DETRAIBILITÀ DELLE SPESE SANITARIE

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

11. EVASIONE PRATICHE E TEMPI DI LIQUIDAZIONE

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

12. LIMITI DI ETÀ

Possono aderire al piano sanitario le persone maggiorenni che alla decorrenza dello stesso non abbiano già compiuto 72 anni. Per gli Aderenti e gli aventi diritto già in copertura al raggiungimento del 72° anno di età la copertura potrà essere rinnovata a vita intera. In caso di disdetta del piano dopo il 72° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

13. PASSAGGIO AUTOMATICO ALLA FASCIA D'ETÀ SUCCESSIVA

I piani sanitari Eticare sono strutturati per fasce d'età. Al raggiungimento del limite anagrafico previsto per la propria fascia, l'Aderente è trasferito automaticamente al piano Eticare corrispondente alla nuova fascia d'età, con applicazione delle relative condizioni contributive e prestazionali. Nel caso di passaggio alla fascia di età successiva senza soluzione di continuità, i termini di carenza e di esclusione delle patologie pregresse decorrono dalla data di prima iscrizione ad un piano sanitario Eticare.

La Mutua comunica all'Aderente l'avvenuto passaggio entro 60 giorni dal termine dell'anno solare in corso. Il mantenimento dell'iscrizione è subordinato al versamento della quota aggiornata. Restano ferme le ulteriori disposizioni contenute nei regolamenti dei piani sanitari Eticare e nelle delibere degli organi sociali.

14. CARENZE

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

- dal 30° giorno, per tutte le prestazioni conseguenti ad infortunio;
- dal 120° giorno, per tutte le prestazioni conseguenti a malattia;
- dal 30° giorno, per le cure dentarie conseguenti ad infortunio;
- dal 120° giorno, per le cure dentarie conseguenti a malattia;
- dal 90° giorno, per la garanzia Percorsi di prevenzione;
- dal 90° giorno, per le garanzie legate a gravidanza e ad aborto spontaneo o post traumatico, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla data di effetto del Piano sanitario;
- dal 168° giorno, per le garanzie legate a parto, puerperio e per la garanzia Tutela Speciale Neonati, sempreché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla data di effetto del Piano sanitario;
- dal 120° giorno, per le protesi (non acustiche) e i presidi sanitari;
- dal 730° giorno, per le protesi acustiche;
- dal 730° giorno, per le prestazioni legate a chirurgia oculistica.

Per la definizione di Malattia e Infortunio si invita a consultare il Glossario. 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. Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso del presente Piano sanitario alle diverse prestazioni e ai nuovi Aderenti.

15. ESCLUSIONI

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

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

- conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza del piano sanitario, ad eccezione degli interventi per i bambini che non abbiano superato il primo anno di età;
- cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS, dell'ISS o svolte da soggetti non in possesso di abilitazione riconosciuta;
- visite specialistiche odontoiatriche, ortodontiche, pediatriche, psichiatriche, psicoterapeutiche. Sono altresì escluse dalla copertura le visite eseguite da soggetti non in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione medica;
- test genetici prenatali su DNA fetale;
- cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla sottoscrizione del piano sanitario;
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, ad esclusione di specifiche deroghe, ove previste nei singoli piani sanitari;
- cure e interventi odontoiatrici diversi da quanto previsto nello specifico piano sanitario;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, anche nel suo stato iniziale di ebbrezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni, nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti e all'uso di alcool e sostanze psicotrope;
- infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi, sport aerei in genere, corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche o di qualsiasi sport esercitato professionalmente ;
- cure e interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- Prestazioni eseguite per il rilascio di certificazioni;
- interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo da infortunio o conseguente ad intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione);
- degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;
- ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza ovvero quelli determinati da condizioni fisiche dell'Aderente che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- ricoveri e day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

- conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche.

16. PATOLOGIE PREGRESSE

Sono escluse dalla copertura le prestazioni effettuate per malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza del Piano.
Tuttavia, successivamente ad una permanenza continuativa nel piano sanitario di almeno 3 anni (36 mesi) sarà prevista la copertura completa delle patologie preesistenti note all'Aderente al momento dell'adesione. Tale copertura sarà garantita per tutto il periodo di permanenza continuativa nel piano sanitario da parte dell'Aderente. Nel caso di sospensione superiore ai 6 mesi o nuova iscrizione a seguito di disdetta del piano sanitario, le patologie pregresse saranno ricomprese successivamente ad una nuova permanenza continuativa nel piano sanitario di almeno 3 anni (36 mesi).

17. 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.

18. DECADENZA DAL DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

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

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

19. 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 la Mutua 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 alla Mutua 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 la Mutua 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.

20. GESTIONE MUTUALISTICA

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

21. TUTELA DEI DATI PERSONALI

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

22. 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.

23. CHIARIMENTI E RECLAMI

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

24. 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.

25. 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.

26. 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.

27. CONTROVERSIE

Ai sensi del D.lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione obbligatoria innanzi ad un Organismo di Mediazione Aderente nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia. L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, si conviene che l'Autorità Giudiziaria è quella del luogo di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato o dell'Avente diritto.

28. 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.

ALLEGATI

PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA:

- Rx mammografia e/o bilaterale
- Rx esofago ed Rx esofago esame diretto
- Rx tenue seriato
- Rx tubo digerente e prime vie/seconde vie
- Stratigrafia (di organi e apparati)

ALTA DIAGNOSTICA RADIOLOGICA (ESAMI STRATIGRAFICI E CONTRASTOGRAFICI):

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica
- Retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/ Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia

ACCERTAMENTI:

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Ecografia mammaria e/o bilaterale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN), inclusa angio RMN
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

Assicurazione Assistenza

Documento informativo precontrattuale (DIP Danni)

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

Prodotto: COOPERAZIONE SALUTE

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 Specialista
- Monitoraggio del ricovero ospedaliero
- Consegna farmaci presso la residenza
- Servizio spesa a casa in Italia
- Assistenza infermieristica a domicilio
- Assistenza fisioterapica a domicilio
- Collaboratrice familiare
- Invio Old-Sitter (OSS)
- Ricerca e invio di dog-sitter o cat-sitter

✓ **PRESTAZIONI 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.

La Polizza è gratuita per gli Assicurati.

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 dallla 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

IMA ITALIA ASSISTANCE
Una società del GRUPPO IMA

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 Videconsulto 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/pediatri convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei pediatri convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura

Organizzativa invierà un medico generico o organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

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

4- Consulenza specialistica telefonica

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

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

5- Trasferimento sanitario programmato in Italia

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

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

La Struttura Organizzativa provvederà all'invio di un'autoambulanza/taxi, tenendo a carico il costo fino ad un massimale di 200 km per sinistro.

La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 per le urgenze.

6 – Second Opinion Medico Specialistica

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

L'Assicurato dovrà spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il suo caso per il quale richiede la second opinion e dovrà inviare tutta la documentazione medica relativa in suo possesso. I medici della Struttura Organizzativa verificheranno tutta la documentazione pervenuta e provvederanno ad inviarla al centro medico ritenuto eccellente per la patologia dell'Assicurato.
Entro 10 gg lavorativi dalla ricezione della documentazione, la Struttura Organizzativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica, se necessario, tradotta in lingua italiana.
La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio. Il costo di ulteriori eventuali specifiche indagini cliniche o scientifiche sarà a carico dell'Assicurato. Il Centro Medico di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso. I costi della visita specialistica saranno a carico della Struttura Organizzativa, così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 500,00.

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

7 – Monitoraggio del ricovero ospedaliero

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

8- Consegna farmaci presso la residenza

Qualora l'Assicurato non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia, per le cure del caso, 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.

IMA ITALIA ASSISTANCE
Una società del GRUPPO IMA

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 famigliare/soggetto delegato dall'assicurato/beneficiario[1]; 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 art. 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/imprese/professionisti che forniscono servizi connessi, direttamente o indirettamente, all'esecuzione della (macro) finalità di trattamento di specie (es. società ICT; consulente legale/fiscale); IVASS; ANIA; soggetti legittimamente operanti all'interno del SIC (Sistema Informazioni Creditizie); 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/imprese/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/imprese/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/imprese/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/imprese/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), lì 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: _____

Cooperazione Salute
società di mutuo soccorso

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

T. +39 0461.1975484
www.cooperazionesalute.it.
assistenza.be@cooperazionesalute.it