

## **MANUALE OPERATIVO**

### **PROGRAMMA ASSISTENZIALE BENEFIT**

### **DIPENDENTI E LORO FAMILIARI**

**Le condizioni tutte delle garanzie riportate nel presente manuale sono reperibili nei testi di polizza originali stipulate dalla Cassa di Assistenza Cassinterass e depositate presso la Cassa stessa.**

**Le stesse prevalgono su quanto contenuto nel presente manuale**

**INDICE**

<b>PIANO RIMBORSO SPESE MEDICHE</b>	
<b>Schema delle Prestazioni garantite</b>	<b>3</b>
<b>Principali definizioni</b>	<b>4</b>
<b>A- Spese ospedaliere e ricovero</b>	<b>5</b>
<b>B- Spese extra ospedaliere – fuori ricovero</b>	<b>7</b>
<b>C- Cure domiciliari e ambulatoriali</b>	<b>7</b>
<b>D- Lenti</b>	<b>8</b>
<b>E- Cure dentarie</b>	<b>8</b>
<b>F- Ticket SSN</b>	<b>8</b>
<b>G- Medicina preventiva – check-up</b>	<b>9</b>
<b>Cosa non viene rimborsato</b>	<b>10</b>
<b>Registrazione all'Area Riservata</b>	<b>11</b>
<b>Cosa fare per richiedere le prestazioni sanitarie in forma diretta</b>	<b>12</b>
<b>Caratteristiche generali delle fatture/ricevute</b>	<b>14</b>
<b>Numeri utili</b>	<b>15</b>
<b>Assistenza ulteriore</b>	<b>15</b>
<b>Informativa privacy</b>	<b>16</b>
<b>Altre coperture (se attivate)</b>	<b>17</b>

**Il manuale descrive tutte le prestazioni previste dalla convenzione di Cassinterass.**

**Fare riferimento alla opzione prescelta per le prestazioni effettivamente coperte.**

## PRINCIPALI DEFINIZIONI

**Nucleo familiare:**

assistito, coniuge/convivente more uxorio e figli, tutti risultanti dallo stato di famiglia. Sono altresì compresi i figli non conviventi purché fiscalmente a carico

**Malattia:**

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

**Infortunio:**

evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili

### QUALI SPESE MEDICHE SONO RIMBORSATE CON QUESTA COPERTURA:

- A – SPESE OSPEDALIERE - RICOVERO
- B – SPESE EXTRA OSPEDALIERE – FUORI RICOVERO
- C – CURE DOMICILIARI ED AMBULATORIALI
- D – LENTI
- E – CURE DENTARIE
- F – TICKET – S.S.N.
- G – MEDICINA PREVENTIVA – CHECK UP

## **A - SPESE OSPEDALIERE - RICOVERO**

**Tutte le prestazioni sotto indicate sono rimborsate nel limite della somma assicurata per la garanzia “Ospedaliera”, e con l’applicazione degli scoperti e/o franchigie indicati nella scheda riassuntiva che precede.**

**In caso di ricovero reso necessario da infortunio o malattia, con o senza intervento chirurgico, nonché per parto cesareo o naturale, aborto spontaneo o post-traumatico, aborto terapeutico, intervento chirurgico e gessatura ambulatoriale:**

**Nei 90 giorni precedenti all’inizio del ricovero:**

accertamenti diagnostici compresi gli onorari medici nonché cure effettuati fuori dall'istituto di cura; la garanzia vale anche a favore del donatore in previsione di intervento chirurgico di espianto.

**Durante il ricovero:**

rette di degenza, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, onorari medici, cure, spese di sala operatoria od equipollente ed il materiale di intervento (compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento), assistenza infermieristica, onorari di tutti i soggetti partecipanti all'intervento; prelievo di organi e parte di essi, loro trasporto, ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza.

**Nei 90 giorni successivi al termine del ricovero:**

accertamenti diagnostici, cure, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici fisioterapici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), cure termali (escluse le spese alberghiere) effettuati, purché direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero; la garanzia vale anche a favore del donatore a seguito di intervento chirurgico di espianto di organi e parte di essi.

Si precisa che ove il ricovero avvenga in regime di convenzionamento o a carico del SSN, il rimborso delle spese precedenti e successive al ricovero viene effettuato al 100%

Con i limiti indicati nella Scheda Riassuntiva é inoltre compresa la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri (ove prevista) limitatamente a quelli effettuati:

- a) in caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
- b) in caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio.

Qualora le spese sostenute per il ricovero restino a carico del SSN, l’importo di eventuali ticket sarà rimborsato al 100%.

Sono altresì rimborsabili, sempre entro il limite del massimale previsto per i Ricoveri:

**- Terapie oncologiche**

*E previsto inoltre il rimborso fino alla concorrenza della somma assicurata di Euro 5.000,00, da intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per nucleo familiare, le spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie rese necessarie da malattia oncologica, previa applicazione di uno scoperto del 10% per sinistro.*

*Ad esaurimento del massimale l'assistito potrà utilizzare, nei limiti delle garanzie, i massimali previsti ai punti A) Ospedaliere, B) Specialistiche Extraospedaliere, C) Cure Domiciliari Ambulatoriali*

**- Spese dell'Accompagnatore**

Sono comprese le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito, con i limiti indicati nella Scheda Riassuntiva

**- Trasporto dell'assistito**

Sono comprese le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Assistito a e da Istituto di Cura o ospedale e da un Istituto di Cura o ospedale ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia ed all'estero, con i limiti indicati nella Scheda Riassuntiva

**- Indennità sostitutiva**

Nel caso in cui le spese sanitarie sostenute nel periodo di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, o interamente rimborsate da altro Ente, la Società corrisponde un'indennità per ciascun giorno di ricovero, con un massimo di 90 giorni per persona e per anno. L'importo dell'indennità prevista è riportato nella Scheda Riassuntiva.

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

**- Interventi ambulatoriali – Day hospital**

Le spese sostenute in caso di Interventi ambulatoriali e Day hospital (con e senza intervento chirurgico) sono rimborsabili con il limite di Euro 5.000,00 per evento.

**Tutte le prestazioni sopra indicate sono rimborsate nei limiti e con l'applicazione degli scoperti e/o franchigie indicati nella scheda riassuntiva che precede.**

## **B - SPESE EXTRAOSPEDALIERE – FUORI RICOVERO**

Le seguenti prestazioni sono operanti se previste nella Scheda Riassuntiva, con i limiti e gli scoperti/franchigie ivi indicati.

### **1. Alta Diagnostica e Diagnostica Strumentale:**

Sono rimborsabili, fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti indicati nella Scheda Riassuntiva, le spese sostenute a seguito di malattia o infortunio per le prestazioni di Alta Diagnostica e di Diagnostica Strumentale Standard di seguito indicate:

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.)
- Risonanza magnetica nucleare
- TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- Medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.)
- Coronarografia
- Ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.)
- Elettrocardiogramma sotto sforzo
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
- Esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Retto-Colonscopia, Broncoscopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.)
- Esami Istologici
- Amniocentesi
- Diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.)
- Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli)
- Elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Uroflussometria
- M.O.C. (densitometria ossea)

## **C - CURE DOMICILIARI ED AMBULATORIALI**

Sono rimborsabili, fino alla concorrenza dei massimali previsti e con i limiti indicati nella Scheda Riassuntiva, le spese sostenute a seguito di malattia o infortunio per le prestazioni di seguito indicate:

- onorari dei medici specialisti;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- agopuntura purché praticata da Medici iscritti all'albo;
- noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- acquisto o noleggio, di presidi ortopedici (conseguenti a malattia o ad infortunio che non abbia comportato ricovero) fino ad un massimo di € 258,00 per persona e per anno assicurativo, con l'applicazione di uno scoperto del 30%.
- accertamenti diagnostici prescritti dal medico a seguito di un'alterazione dello stato di salute;
- medicinali, con esclusione dei prodotti omeopatici. Tali prodotti devono essere prescritti dal medico ed inerenti l'evento denunciato e sono risarcibili nel limite di € 250 per anno/nucleo;

#### ***D - LENTI***

Sono rimborsabili, fino alla concorrenza dei massimali previsti, le spese sostenute per l'acquisto di lenti per occhiali (escluse le montature), lenti a contatto (escluse le "usa e getta") nonché protesi sostitutive oculari, **a seguito di modifica del visus, certificato da medico oculista.**

#### ***E – CURE DENTARIE***

Sono rimborsabili, fino alla concorrenza dei massimali previsti, le spese sostenute a seguito di malattia o infortunio per le prestazioni di seguito indicate:

- cure odontoiatriche
- cure ed apparecchi ortodontici, con i limiti indicati nella Scheda Riassuntiva
- acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche
- diagnostica radiologica dentaria
- cure varie

#### ***F - Ticket SSN***

- Qualora le spese sostenute nell'ambito delle garanzie che precedono vengano effettuate presso il SSN, l'importo di eventuali ticket sarà rimborsato al 100%, con il massimo indicato nella Scheda Riassuntiva.

**Tutte le prestazioni sopra indicate sono rimborsate nei limiti e con l'applicazione degli scoperti e/o franchigie indicati nella scheda riassuntiva che precede.**



## **G – MEDICINA PREVENTIVA – CHECK UP**

**Garanzia operante per il solo Dipendente, come sottolimita della garanzia C) Cure domiciliari ambulatoriali**

Il “Pacchetto prevenzione” comprende:

*fino alla concorrenza di Euro 250,00 ogni due anni assicurativi, le spese sostenute dal solo Amministratore / Dipendente dell’Associato, con esclusione di qualsiasi altro componente il suo nucleo familiare, per accertamenti diagnostici effettuati a scopo preventivo, intendendosi per tali le spese relative alle prestazioni qui di seguito elencate:*

### Persone di sesso femminile

- esame mammografico;
- pap-test;
- esami del sangue: emocromo con forma leucocitaria,
- colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, transaminasi e VES.

### Persone di sesso maschile

- elettrocardiogramma a riposo e da sforzo;
- esame radiologico del torace;
- esami del sangue: emocromo con forma leucocitaria,
- colesterolemia, HDL, trigliceridemia, glicemia, transaminasi, VES e PSA.

*Ciascuna fattura/ricevuta verrà indennizzata previa detrazione di un importo pari a Euro 25,00 delle spese effettivamente sostenute e documentate che rimane a carico dell’Assistito.*

*Si precisa che l’assistito (amministratore / dipendente) deve effettuare gli esami nell’arco temporale di tre mesi, **inoltrando le fatture in un’unica soluzione, facendo specifico riferimento alla garanzia Check up.***

## COSA NON VIENE RIMBORSATO

- 1) trattamenti e spese dovuti ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), allucinogeni, e simili;
- 2) trattamenti e spese a seguito di infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- 3) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'assistito abbia preso parte volontariamente;
- 4) le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 5) i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- 6) aborto volontario;
- 7) chirurgia plastica a scopo estetico salvo per bambini che non abbiano compiuto il terzo anno di età e quella a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio o malattia oncologica;
- 8) cure omeopatiche ed omeopatia in genere;
- 9) trattamenti di medicina alternativa;
- 10) ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- 11) lungo degenze, intese quali ricoveri determinati da condizioni fisiche dell'Assistito che non consentano più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di Cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 12) tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita, della sterilità e/o dell'impotenza;
- 13) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 8/11/91 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- 14) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 15) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;

### **Persone non assicurabili**

Non sono assistite le persone di età superiore a 75 anni. Per quegli Assistiti che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale immediatamente successiva, salvo che non sia frattanto intervenuto patto speciale.

Non sono del pari assistite le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infermità mentali e sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.). Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità dell'iscrizione alla Cassa, l'assistito ha l'obbligo di darne immediato avviso, e l'erogazione delle prestazioni cessa con il loro manifestarsi.

**Le condizioni tutte delle garanzie sono reperibili nel testo di polizza originale stipulata dalla Cassa di Assistenza Cassinterass, depositato presso la Cassa stessa.**

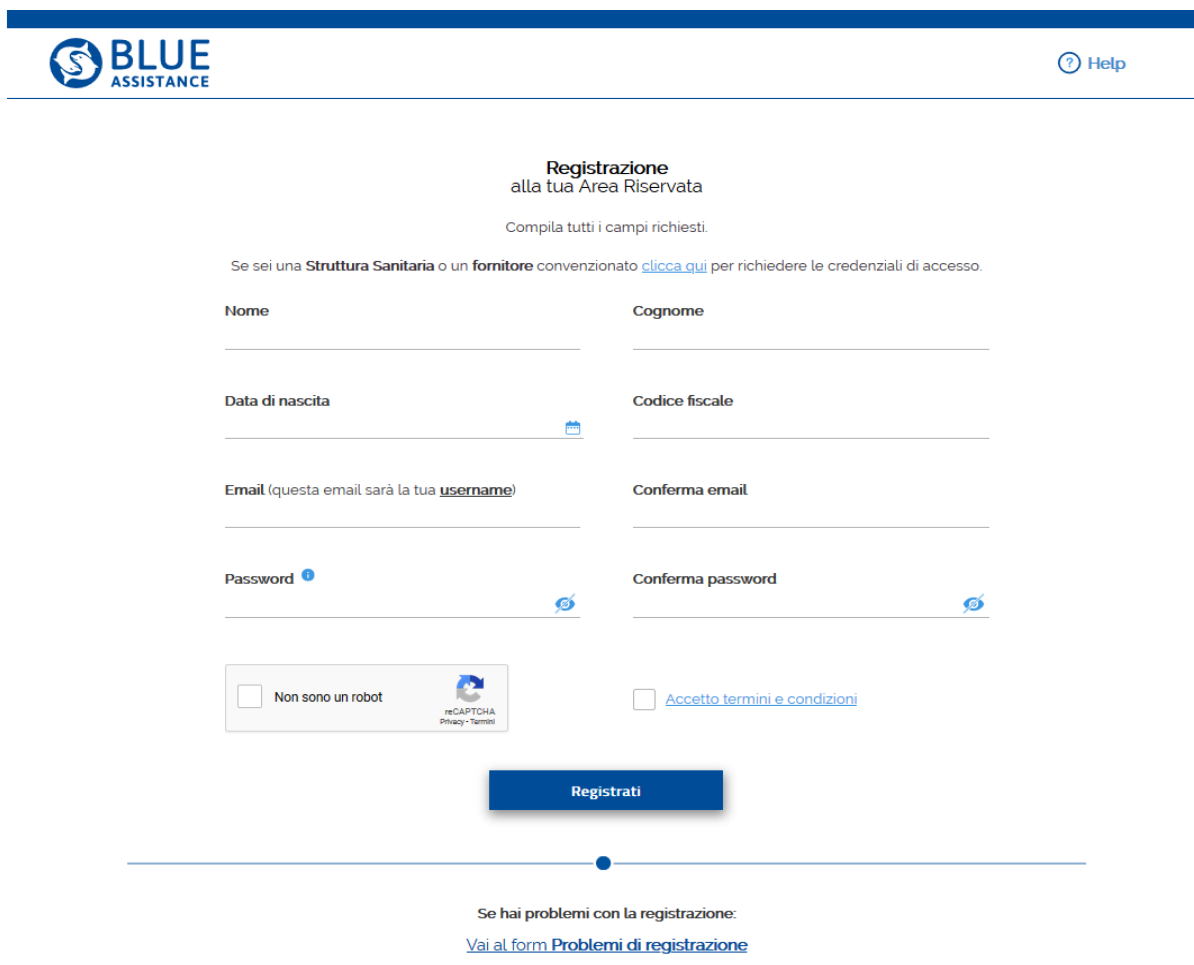
## REGISTRAZIONE ALL'AREA RISERVATA E GESTIONE PRATICHE

Tutti i rimborsi vengono gestiti tramite il portale web di Blue Assistance.

### PROCESSO DI REGISTRAZIONE AREA RISERVATA

Per accedere all'area riservata di Blue Assistance è necessario effettuare una registrazione che, con l'inserimento di dati personali, assegna ad ogni assistito una Username e una Password riservati ed unici.

Al primo accesso al sito <https://www.blueassistance.it/BLUE/> si dovrà cliccare sul pulsante "Area riservata - Registrazione" collocato in alto a destra, e compilare on line il seguente form:



The screenshot shows the registration page for the Blue Assistance reserved area. At the top left is the Blue Assistance logo, and at the top right is a 'Help' link. The main heading is 'Registrazione alla tua Area Riservata'. Below this, it says 'Compila tutti i campi richiesti.' and provides a link for authorized providers. The form consists of several input fields: 'Nome' and 'Cognome', 'Data di nascita' (with a calendar icon) and 'Codice fiscale', 'Email (questa email sarà la tua username)' and 'Conferma email', 'Password' (with an eye icon) and 'Conferma password' (with an eye icon). At the bottom, there is a reCAPTCHA checkbox 'Non sono un robot' and a link 'Accetto termini e condizioni'. A blue 'Registrati' button is centered below the form. At the very bottom, there is a link 'Vai al form Problemi di registrazione'.

Se hai problemi con la registrazione, vai al form "Problemi di registrazione"

Il form di richiesta va compilato con i dati personali dell'assistito e con l'indirizzo mail al quale verrà inviata la Username.

**Per l'inserimento e gestione delle pratiche si rimanda al Tutorial allegato.**

## COSA FARE PER OTTENERE LE PRESTAZIONI SANITARIE FORMA DIRETTA

### **Il network sanitario convenzionato**

Cassinterass, attraverso Blue Assistance, offre ai propri Assistiti l'accesso ad un Network Sanitario convenzionato costituito da Ospedali ed Istituti di Cura a Carattere Scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, Studi Odontoiatrici, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, tutti selezionati dal proprio staff specializzato.

**In Italia**, per rispondere adeguatamente alle esigenze degli Assistiti, la copertura territoriale è a livello nazionale.

Si tratta di un Network in continua evoluzione con l'obiettivo di migliorare continuamente la qualità del servizio prestato, introdurre nuove prestazioni e rispondere alle esigenze che scaturiscono dalla localizzazione della Clientela assistita.

**All'estero**, attraverso i partners internazionali di Blue Assistance, offre l'accesso ad un Network di Strutture Sanitarie qualificate in tutto il mondo.

### **Modalità di erogazione delle prestazioni e di accesso al network**

#### ***L'accesso al Network viene offerto:***

#### **A - pagamento diretto per Ricovero**

Per attivare il **pagamento diretto** l'Assistito, una volta definita la prestazione con il medico curante ed identificata la Struttura Sanitaria Convenzionata, deve attivare la procedura accedendo al sito [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it), nella propria area riservata, oppure **contattare la centrale operativa di Blue Assistance**, ai numeri e negli orari di seguito indicati con un preavviso di almeno **3 giorni lavorativi prima della data del ricovero**.

Accertata la regolarità della prestazione richiesta in funzione della copertura sanitaria prevista, Blue Assistance provvederà ad effettuare la "presa in carico" delle spese nei confronti della Struttura Sanitaria dandone conferma telefonica all'Assistito.

L'Assistito al momento dell'accesso presso la Struttura Sanitaria, si dovrà far riconoscere e sottoscrivere il modulo "Richiesta di prestazione".

Il pagamento diretto verrà effettuato nei confronti della Struttura convenzionata nei limiti previsti dalla copertura, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione medica e di spesa presso la Struttura Sanitaria che varrà successivamente restituita all'Assistito con annotazione dell'avvenuta liquidazione.

**Rimangono a carico dell'Assistito le spese extra non contemplate dalla copertura come ad esempio telefono, TV, ecc. ed eventuali scoperti e/o franchigie previsti dalla copertura, che l'interessato dovrà saldare, direttamente alla Struttura, al momento delle dimissioni.**

Qualora la prestazione risultasse non coperta, l'Assistito si impegna a restituire gli importi eventualmente corrisposti da Blue Assistance alla Struttura Sanitaria.

Gli Assistiti riconoscono espressamente che Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dal Network convenzionato; pertanto prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali erogate dovranno rivolgersi esclusivamente alle Strutture e ai Medici che hanno prestato i servizi richiesti.

### **Pagamento diretto PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO**

Per tutte le prestazioni Extra ricovero, **B) C) ed E)**, è possibile effettuare l'attivazione del pagamento diretto con modalità web accedendo alla propria area riservata del portale di Blue Assistance, come indicato nel tutorial allegato.

L'assistito, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, attiverà la procedura sul portale di Blue Assistance.

In alternativa, è possibile attivare il servizio "diretta Blueeasy" rivolgendosi almeno 3 giorni prima della prestazione alla struttura convenzionata con Blue Assistance scelta; la struttura provvederà ad inoltrare la richiesta di attivazione della diretta a Blue Assistance.

L'elenco delle strutture e dei medici convenzionati è consultabile nella propria area riservata del sito [www.blueassistance.it](http://www.blueassistance.it)

Per le prestazioni di cui al punto **E) Cure Dentarie**, l'Assistito potrà rivolgersi direttamente allo studio odontoiatrico convenzionato prescelto che provvederà ad inviare il piano di cure concordato e sottoscritto dall'assistito alla centrale operativa. Quest'ultima, entro 8 giorni, inoltrerà la comunicazione di presa incarico allo Studio.

### Caratteristiche generali delle fatture/ricevute

- In caso di ricovero/day hospital, con o senza intervento chirurgico, non gestito in pagamento diretto: presentare copia della cartella clinica e tutte le notule di spesa relative alla degenza e alla Equipe medica; in caso di intervento ambulatoriale, presentare relazione d'intervento.
- La documentazione di spesa deve essere sempre completa di nominativo del soggetto che ha effettuato la prestazione e relativi dati, importo, data, cod. fiscale e part. IVA dell'emittente la fattura.
- Deve sempre essere riportata la descrizione della prestazione che è stata effettuata.
- Ricevute di ticket: verificare che sulla ricevuta sia specificata la dicitura "ticket". Se non indicato inviare altro documento emesso dalla Struttura da cui si evinca che si tratta di ticket.
- Visita specialistica privata: sulla fattura deve essere riportato il tipo di visita specialistica effettuata (verificare che sul timbro del medico sia indicata la specializzazione).
- Rimborso lenti: sulla prescrizione del medico specialista oculista deve essere riportata espressamente l'intervenuta modifica visus. In caso contrario farsi fare una dichiarazione o presentare l'ultima misurazione del visus per confrontare l'avvenuta la modifica.
- Cure dentarie: è necessario allegare un certificato del Dentista nel quale sia indicata la specifica dei lavori eseguiti.

**L'assicurato deve altresì sottoporsi agli accertamenti e controlli medici eventualmente richiesti dalla Compagnia e fornire ogni altra documentazione o informazione amministrativa e/o sanitaria che la stessa ritenga necessaria per poter processare la pratica.**

**NB: Si ricorda che, in base alle normative vigenti, è necessario apporre una marca da bollo di € 2,00 sulle fatture/ricevute di importo superiore ad € 77,47**

**IL SERVIZIO CLIENTI DI BLUE ASSISTANCE  
È RAGGIUNGIBILE AI SEGUENTI NUMERI TELEFONICI:**

**DALL'ITALIA: NUMERO VERDE 800 421 560  
DALL'ESTERO: PREFISSO INTERNAZIONALE +39 011 7425.508**

La centrale operativa è a disposizione degli Iscritti dalle ore 8 alle ore 18 nei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per informazioni riguardanti i seguenti aspetti:

- prestazioni previste dalla copertura;
- Strutture Sanitarie e Medici convenzionati;
- modalità di accesso alle Strutture Sanitarie convenzionate per usufruire del pagamento diretto delle spese nei limiti previsti dalla copertura, evitando così l'esborso anticipato di denaro;
- informazioni sullo stato delle richieste di rimborso per spese sostenute prima e dopo il ricovero.

### **ASSISTENZA ULTERIORE**

Qualora si verificassero problemi nei rimborsi, l'ufficio sinistri di De Besi Di Giacomo S.p.A. broker di Cassinterass è a disposizione per qualsiasi necessità ai seguenti recapiti:

De Besi – Di Giacomo S.p.A. - Ufficio Sinistri  
Lungotevere Flaminio 14 - 00196 Roma

Email: [sinistri.cassinterass@dbdg.it](mailto:sinistri.cassinterass@dbdg.it)

Sig.ra Cinzia Ambrogioni

Sig.ra Franca Bucchi

**MODELLO INFORMATIVA PRIVACY DATI RACCOLTI PRESSO INTERESSATO**  
**Informativa ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14, Reg UE 2016/679**

Gentile Cliente,

desideriamo informarla che il "Regolamento Europeo 2016/679 (da ora in poi "GDPR") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

I servizi offerti dalla soc. Cassinterass consistono essenzialmente in attività di consulenza sul rischio e intermediazione assicurativa nonché nella presentazione di richieste di indennizzo nell'ambito di tali servizi. L'assicurazione è lo strumento che consente di gestire il rischio connesso al verificarsi di un evento futuro e aleatorio. A tale scopo, è necessario che le informazioni, inclusi i Dati Personali di diverse categorie di persone, siano condivise tra i vari operatori del mercato assicurativo durante l'intero ciclo di vita dell'assicurazione.

Ai sensi degli articoli 13 e 14, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

**1. Finalità, base giuridica del trattamento cui sono destinati i dati**

Il trattamento dei dati personali da Lei forniti ha come base giuridica il suo consenso da considerare necessario e finalizzato unicamente ad eseguire gli obblighi contrattuali e ad adempiere a sue specifiche richieste. In particolare dare esecuzione al servizio di assistenza e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori anche procedendo, eventualmente, all'attività di liquidazione dei sinistri; ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione. Ai fini dell'indicato trattamento, il titolare potrà venire a conoscenza, previo rilascio di un consenso esplicito, di dati definiti "particolari" ai sensi del Reg UE 2016/679, quali quelli patrimoniali, lavorativi, culturali (titolo di studio), idonei a rivelare le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione ai partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, lo stato di salute e la vita sessuale.

**2. Modalità del trattamento**

In relazione alle indicate finalità i Suoi dati sono oggetto di trattamento informatico e cartaceo. Le operazioni di trattamento sono attuate in modo da garantire la sicurezza logica, fisica e la riservatezza dei Suoi dati personali.

**3. Titolare del trattamento**

Il Titolare del Trattamento dei Dati è Cassinterass, Cassa Interaziendale di Assistenza, con sede legale in Lungotevere Flaminio 16, 00196 Roma, codice fiscale 96333400586, raggiungibile al n. tel +39.06.36083941 - info@cassinterass.it, salvo quanto previsto nell'apposita informativa rilasciata all'Interessato in riferimento alle prestazioni fornite dal Titolare, Cassinterass potrà nominare uno o più Responsabili del Trattamento, a norma dell'art. 29 del Codice e dell'art. 28 del GDPR.

**4. Natura dei dati personali**

Costituiscono oggetto di trattamento i Suoi dati personali, ordinari e particolari, patrimoniali e giudiziari, inerenti lo svolgimento delle attività su elencate e del servizio da Lei richiesto.

**5. Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento**

Il conferimento dei Suoi dati personali e sensibili, non ha natura obbligatoria, ma l'eventuale rifiuto potrebbe rendere impossibile o estremamente difficoltoso l'erogazione dei servizi da Lei richiesti.

**6. Fonti e ambito di comunicazione e diffusione dei dati**

Raccogliamo Dati Personali da varie fonti, tra cui le seguenti (a seconda del Paese di residenza dell'interessato): direttamente dall'interessato (anche per i membri del loro nucleo familiare), siti Web, telefono o corrispondenza scritta; Datori di lavoro degli interessati; In caso di richiesta di indennizzo, terze parti tra cui l'altra parte coinvolta nel sinistro (ricorrente/convenuto), testimoni, esperti (tra cui medici legali), periti, avvocati e gestori delle richieste di indennizzo; Altri Operatori del mercato assicurativo, come Assicuratori, Riassicuratori, broker assicurativi e altri Intermediari; Agenzie di valutazione del merito creditizio; Database antifrode e altre banche dati di terzi, come gli elenchi dei procedimenti sanzionatori. Così pure i suoi dati devono essere da noi comunicati, per obbligo di legge, ad enti ed organismi pubblici, quali Ivass - Consap - Casellario Centrale Infortuni - UIC - Motorizzazione civile - Enti gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine, all'Agenzia delle Entrate.

I Suoi dati potranno, inoltre, essere comunicati a: tutti i soggetti cui la facoltà di accesso a tali dati è riconosciuta in forza di provvedimenti normativi; ai nostri collaboratori, dipendenti, nell'ambito delle relative mansioni; a tutte quelle persone fisiche e/o giuridiche, pubbliche e/o private quando la comunicazione risulti necessaria o funzionale allo svolgimento della nostra attività e nei modi e per le finalità sopra illustrate; a partner, consulenti o società di consulenza, aziende private che prestino alla nostra società servizi ed attività di assistenza e consulenza in materia fiscale e legale, nominati Responsabili dal Titolare del Trattamento.

**7. Trasferimento dati personali a un Paese terzo**

I Trattamenti dei Dati Personali connessi ai servizi forniti hanno luogo presso le sedi di Cassinterass e delle società collegate e controllate e sono curati solo da personale incaricato del Trattamento. Il Trattamento e la conservazione dei Dati avvengono su server o comunque supporti ubicati all'interno dell'Unione Europea. Il Titolare potrà trasferire i dati presso un Paese terzo o un'organizzazione internazionale per i quali esiste una decisione di adeguatezza della Commissione o il riferimento alle garanzie appropriate o opportune e i mezzi per ottenere una copia di tali dati o il luogo dove sono stati resi disponibili (nel caso dei trasferimenti di cui all'articolo 46 o 47, o all'articolo 49, secondo comma GDPR).

**8. Durata conservazione dei dati personali**

I dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati e comunque al massimo per 10 anni dopo la cessazione del trattamento.

**9. Estremi identificativi del Privacy Officer**

Il Responsabile della Protezione dei Dati, individuato dalla soc. Cassinterass è l'Avv. Danilo Quaglini, raggiungibile alla seguente email: dpo@cassinterass.it.

**10. Diritti dell'interessato**

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dal Titolare del Trattamento, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica e portabilità o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento) compresa la revoca del consenso. L'interessato potrà ottenere l'indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, degli estremi identificativi degli eventuali soggetti che effettuano il trattamento in qualità di responsabili o incaricati. Basterà inviare una semplice email all'indirizzo info@cassinterass.it corredata dalla fotocopia del suo documento di identità, con il seguente testo: <<si inoltra la presente revoca del consenso al trattamento di tutti i miei dati personali>>. Al termine di questa operazione i Suoi dati personali saranno rimossi dagli archivi nel più breve tempo possibile.

**11. RECLAMO**

L'interessato ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali). Maggiori informazioni potranno essere fornite visitando il sito: [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).



## COPERTURA LONG TERM CARE

Gli Assistiti sono garantiti dal rischio della perdita di autosufficienza come di seguito definita:

E' considerata non autosufficiente la persona che:

- Si trova nella impossibilità fisica, quale risultato di un peggioramento della funzionalità dell'organismo, dovuto a malattia o infortunio, per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale – presumibilmente in modo permanente — da avere bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per essere aiutato nello svolgimento di almeno 4 dei 6 atti “elementari” della vita quotidiana, oppure, sia affetto da grave demenza invalidante comprovata da una diagnosi di un neurologo e/o gerontologo (basata su test psicometrici riconosciuti tipo MMSE, etc.) con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di una terza persona.

Gli atti “elementari” della vita quotidiana sono:

- Lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale
- Nutrirsi: Capacità di mangiare e bere;
- Spostarsi: Capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
- Vestirsi, Svestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti;
- Andare in Bagno: capacità di controllare le funzioni corporali ( mangiare ed evacuare) e di mantenere un livello soddisfacente di igiene personale con l'impiego di ausili e di indumenti specifici;
- Mobilità: capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano anche con l'ausilio di attrezzature tecniche.

In caso di perdita di autosufficienza verrà riconosciuta all'assistito una rendita vitalizia mensile posticipata di € 1.000,00.

Entro 90 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di Non Autosufficienza ai sensi della "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assistito, il tutore/curatore o qualsiasi altra persona appartenente al suo Nucleo Familiare, dovrà contattare la Compagnia per il tramite di Cassinterass e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assistito, ovvero, a seconda dei casi, l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta dalla Compagnia medesima.