

REGOLAMENTO PRESTAZIONI DIRETTE GESTIONE PROFESSIONISTI

Aggiornamento 07/01/2026

1. PRESTAZIONI DIRETTE GESTIONE PROFESSIONISTI

Con effetto dal 1° luglio 2021 **Gestione Professionisti e BeProf** attivano in automatico, in favore dei Professionisti titolari di copertura, un pacchetto di prestazioni dirette tramite rimborso per le garanzie, nei limiti e nei termini indicati nel presente Regolamento.

2. BENEFICIARI

I rimborsi previsti sono erogati direttamente da Gestione Professionisti in favore dei Professionisti richiedenti, **titolari di copertura** automatica o volontaria principale, Base o Premium o Infortuni&Welfare, la cui età anagrafica al momento della richiesta non sia superiore ad **anni 80 (ottanta)**. Per la garanzia H) Critical Illness l'età anagrafica non deve essere superiore a **75 (settantacinque) anni**. In caso di decesso del titolare della copertura le richieste possono essere effettuate dagli eredi negli stessi termini previsti per il titolare.

PERIODO DI RIFERIMENTO 2026

3. PERIODO DI RIFERIMENTO 2026

Le spese oggetto di rimborso del presente Regolamento devono essere sostenute nel **periodo dal 01/01/2026 al 31/12/2026 per prestazioni effettuate o per eventi iniziati a partire dal 1° gennaio 2026 e comunque non prima della decorrenza della copertura**.

Ai fini dell'attivazione del pacchetto di prestazioni dirette riferite a tale periodo non sono dovuti costi aggiuntivi oltre a quelli previsti per l'attivazione della copertura.

4. GARANZIE PREVISTE PERIODO DI RIFERIMENTO 2026

Gestione Professionisti, in favore dei beneficiari di cui al punto 2 che effettuino domanda seguendo la procedura prevista come successivamente specificata al punto 18, provvede direttamente al rimborso/liquidazione di quanto segue:

- **A) SPESE SOSTENUTE PER INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI:** spese sostenute in caso di interventi chirurgici ambulatoriali entro un massimale di € 2.000,00 (duemila)* e con uno scoperto del 25% con un minimo non rimborsabile di € 150,00 (centocinquanta).
- **B) DIARIA DA RICOVERO:** indennità per ciascun giorno di ricovero fino ad un massimo di 90 (novanta) giorni*. L'importo dell'indennità è pari ad € 50,00 (cinquanta) al giorno senza giorni di franchigia. La diaria 2026 non è liquidabile per ricoveri iniziati prima del 1° gennaio 2026 e comunque precedentemente alla decorrenza della copertura;
- **C) DIARIA PER DAY HOSPITAL/DAY SURGERY:** diaria di euro 50,00 (cinquanta) per il giorno di ricovero, fino ad un massimo di n. 7 ricoveri/eventi annui. In caso di eventi "continuativi" equiparazione al ricovero e applicazione di limite e franchigie previste per la Diaria da Ricovero 2026;
- **D) SPESE SOSTENUTE PER VISITA DERMATOLOGICA CON EPILUMINESCENZA:** una visita specialistica dermatologica con epiluminescenza, con un limite di € 80,00 (ottanta)*;
- **E) SPESE SOSTENUTE PER VISITA DERMATOLOGICA PER PREVENZIONE:** una visita specialistica dermatologica, con un limite di € 60,00 (sessanta)*;
- **F) SPESE SOSTENUTE PER VISITA DERMATOLOGICA PER CONTROLLO O FAMILIARITA':** una visita specialistica dermatologica, con un limite di € 60,00 (sessanta)*;
- **G) SPESE SOSTENUTE PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI MALATTIA:** fino a 6 (sei) sedute* per trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati presso Centri medici e/o da personale fornito di specifico diploma entro il limite di € 300,00 (trecento)*;
- **H) CRITICAL ILLNESS:** indennità di euro 15.000,00 (quindicimila) a seguito di prima diagnosi di una affezione critica quale ictus cerebrale, cancro o tumore maligno, malattia dei motoneuroni. **Per le specifiche consultare allegato n. 1 al presente Regolamento.**

***I massimali ed i limiti indicati sono riferiti al periodo dal 01/01/2026 al 31/12/2026, per prestazioni effettuate o per eventi iniziati a partire dal 1° gennaio 2026 e comunque non prima della attivazione della copertura.**

5. REQUISITI PER LA RICHIESTA PERIODO DI RIFERIMENTO 2026

I rimborsi delle spese previste sono riservati ai beneficiari sopra indicati, Professionisti titolari di copertura, la cui età anagrafica non sia superiore ad anni 80 al momento della richiesta di rimborso e la cui copertura risulti attivata e in essere al momento della richiesta. Per la garanzia H) Critical Illness l'età anagrafica non deve essere superiore a 75 anni.

Il rimborso è relativo alle spese sostenute nel periodo di riferimento dal 01/01/2026 al 31/12/2026 e comunque successivamente alla decorrenza di attivazione della copertura di cui sopra, per prestazioni effettuate o per eventi iniziati dal 01/01/2026 e comunque non precedenti alla decorrenza di attivazione della medesima copertura.

Ai fini dell'ottenimento dei rimborsi delle spese di cui al presente Regolamento sostenute dal 01/01/2026 al 31/12/2026, i beneficiari indicati non devono corrispondere alcun costo di attivazione oltre a quanto già sostenuto ai fini dell'attivazione delle coperture principali.

Ai fini del rimborso, il Professionista potrà recarsi in strutture anche non convenzionate e senza necessità di richiesta di autorizzazione preventiva. Gli indennizzi non potranno cumularsi ad altri indennizzi previsti per altre garanzie della medesima copertura e facenti capo al medesimo evento. Non sono previsti rimborsi di somme rimaste parzialmente a carico del richiedente rispetto a richieste già liquidate da altre Compagnie.

6. DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PERIODO DI RIFERIMENTO 2026

Ai fini del rimborso delle spese per le garanzie di cui al punto 4 deve necessariamente essere allegata alla richiesta, effettuata seguendo la procedura on line prevista, la seguente documentazione:

- **A) INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI:** cartella ambulatoriale, completa di tutte le pagine, nella quale sia contenuta la descrizione dell'intervento chirurgico eseguito e la patologia che ha reso necessario l'intervento effettuato e le fatture di spesa quietanzate, emesse dalla Casa di Cura/Studio Medico/professionisti che hanno partecipato all'intervento chirurgico;
- **B) DIARIA DA RICOVERO:** Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO) da cui risulti la data di ricovero, la conseguente data di dimissioni e la motivazione del ricovero; per tale garanzia, ai fini della liquidabilità della diaria il ricovero deve essere iniziato successivamente al 01/01/2026 e comunque non prima della decorrenza della copertura;
- **C) DIARIA PER DAY HOSPITAL/DAY SURGERY:** Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO) da cui risulti la data di ricovero, la conseguente data di dimissioni e la motivazione del ricovero;
- **D) VISITA DERMATOLOGICA CON EPILUMINESCENZA:** prescrizione del medico curante o dello specialista da cui risulti la patologia accertata o presunta e la fattura quietanzata emessa dallo Studio Medico o dalla Casa di Cura con indicazione del tipo di prestazione effettuata e la specializzazione del medico (dermatologia);
- **E) VISITA DERMATOLOGICA PER PREVENZIONE:** fattura quietanzata emessa dallo Studio Medico o dalla Casa di Cura con indicazione del tipo di prestazione effettuata e la specializzazione del medico (dermatologia);
- **F) VISITA DERMATOLOGICA PER CONTROLLO O FAMILIARITÀ:** prescrizione del medico curante o dello specialista che preveda il quesito diagnostico "per familiarità o controllo" e la fattura quietanzata emessa dallo Studio Medico o dalla Casa di Cura con indicazione del tipo di prestazione effettuata e la specializzazione del medico (dermatologia);
- **G) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI MALATTIA:** prescrizione del medico specialista in materia (ortopedico, fisiatra, medico dello sport) dei trattamenti richiesti con indicazione della relativa patologia e fattura quietanzata emessa da un Centro medico Fisioterapico o da un fisioterapista diplomato o in possesso dei titoli abilitanti previsti del Ministero della Sanità 27/07/2020 (GU del 16/08/2020);
- **H) CRITICAL ILLNES:** consultare allegato n. 1 al presente Regolamento.

7. TERMINI PER LA RICHIESTA PERIODO DI RIFERIMENTO 2026

Saranno considerate valutabili le richieste inoltrate dal **01/01/2026 a tutto il 31/01/2027** esclusivamente mediante l'apposita procedura descritta al punto 18 per le **spese sostenute dal 01/01/2026 al 31/12/2026 per prestazioni effettuate o per eventi iniziati a partire dal 1° gennaio 2026 e comunque non prima della attivazione della copertura.**

In ogni caso saranno valutate solo le richieste inoltrate entro e non oltre 2 anni dall'evento.

PERIODO DI RIFERIMENTO 2025

8. PERIODO DI RIFERIMENTO 2025

Le spese oggetto di rimborso del presente Regolamento devono essere sostenute nel **periodo dal 01/01/2025 al 31/12/2025 per prestazioni effettuate o per eventi iniziati a partire dal 1° gennaio 2025 e comunque non prima della decorrenza della copertura.**

Ai fini dell'attivazione del pacchetto di prestazioni dirette riferite a tale periodo non sono dovuti costi aggiuntivi oltre a quelli previsti per l'attivazione della copertura.

9. GARANZIE PREVISTE PERIODO DI RIFERIMENTO 2025

Gestione Professionisti, in favore dei beneficiari di cui al punto 2 che effettuino domanda seguendo la procedura prevista come successivamente specificata al punto 18, provvede direttamente al rimborso/liquidazione di quanto segue:

- **A) SPESE SOSTENUTE PER INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI:** spese sostenute in caso di interventi chirurgici ambulatoriali entro un massimale di € 2.000,00 (duemila)* e con uno scoperto del 25% con un minimo non rimborsabile di € 150,00 (centocinquanta).

- **B) DIARIA DA RICOVERO:** indennità per ciascun giorno di ricovero fino ad un massimo di 90 (novanta) giorni*. L'importo dell'indennità è pari ad € 50,00 (cinquanta) al giorno senza giorni di franchigia. La diaria 2025 non è liquidabile per ricoveri iniziati prima del 1° gennaio 2025 e comunque precedentemente alla decorrenza della copertura;
- **C) DIARIA PER DAY HOSPITAL/DAY SURGERY:** diaria di euro 50,00 (cinquanta) per il giorno di ricovero, fino ad un massimo di n. 7 ricoveri/eventi annui. In caso di eventi "continuativi" equiparazione al ricovero e applicazione di limite e franchigie previste per la Diaria da Ricovero 2025;
- **D) SPESE SOSTENUTE PER VISITA DERMATOLOGICA CON EPILUMINESCENZA:** una visita specialistica dermatologica con epiluminescenza, con un limite di € 80,00 (ottanta)*;
- **E) SPESE SOSTENUTE PER VISITA DERMATOLOGICA PER PREVENZIONE:** una visita specialistica dermatologica, ogni due anni, con un limite di € 60,00 (sessanta)*;
- **F) SPESE SOSTENUTE PER VISITA DERMATOLOGICA PER CONTROLLO O FAMILIARITA':** una visita specialistica dermatologica, con un limite di € 60,00 (sessanta)*;
- **G) SPESE SOSTENUTE PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI MALATTIA:** fino a 5 (cinque) sedute* per trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati presso Centri medici e/o da personale fornito di specifico diploma entro il limite di € 200,00 (centocinquanta)*;
- **H) CRITICAL ILLNESS:** indennità di euro 15.000,00 (quindicimila) a seguito di prima diagnosi di una affezione critica quale ictus cerebrale, cancro o tumore maligno, malattia dei motoneuroni. **Per le specifiche consultare allegato n. 1 al presente Regolamento.**

***I massimali ed i limiti indicati sono riferiti al periodo dal 01/01/2025 al 31/12/2025, per prestazioni effettuate o per eventi iniziati a partire dal 1° gennaio 2025 e comunque non prima della attivazione della copertura.**

10. REQUISITI PER LA RICHIESTA PERIODO DI RIFERIMENTO 2025

I rimborsi delle spese previste sono riservati ai beneficiari sopra indicati, Professionisti titolari di copertura, la cui età anagrafica non sia superiore ad anni 80 al momento della richiesta di rimborso e la cui copertura risulti attivata e in essere al momento della richiesta. Per la garanzia H) Critical Illness l'età anagrafica non deve essere superiore a 75 anni.

Il rimborso è relativo alle spese sostenute nel periodo di riferimento dal 01/01/2025 al 31/12/2025 e comunque successivamente alla decorrenza di attivazione della copertura di cui sopra, per prestazioni effettuate o per eventi iniziati dal 01/01/2025 e comunque non precedenti alla decorrenza di attivazione della medesima copertura.

Ai fini dell'ottenimento dei rimborsi delle spese di cui al presente Regolamento sostenute dal 01/01/2025 al 31/12/2025, i beneficiari indicati non devono corrispondere alcun costo di attivazione oltre a quanto già sostenuto ai fini dell'attivazione delle coperture principali.

Ai fini del rimborso, il Professionista potrà recarsi in strutture anche non convenzionate e senza presentazione di richiesta di autorizzazione preventiva. Gli indennizzi non potranno cumularsi ad altri indennizzi previsti per altre garanzie della medesima copertura e facenti capo al medesimo evento. Non sono previsti rimborsi di somme rimaste parzialmente a carico del richiedente rispetto a richieste già liquidate da altre Compagnie.

11. DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PERIODO DI RIFERIMENTO 2025

Ai fini del rimborso delle spese per le garanzie di cui al punto 9 deve necessariamente essere allegata alla richiesta, effettuata seguendo la procedura on line prevista, la seguente documentazione:

- **A) INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI:** cartella ambulatoriale, completa di tutte le pagine, nella quale sia contenuta la descrizione dell'intervento chirurgico eseguito e la patologia che ha reso necessario l'intervento effettuato e le fatture di spesa quietanzate emesse dalla Casa di Cura/Studio Medico/professionisti che hanno partecipato all'intervento chirurgico;
- **B) DIARIA DA RICOVERO:** Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO) da cui risulti la data di ricovero, la conseguente data di dimissioni e la motivazione del ricovero; per tale garanzia, ai fini della liquidabilità della diaria il ricovero deve essere iniziato successivamente al 01/01/2025 e comunque non prima della decorrenza della copertura;
- **C) DIARIA PER DAY HOSPITAL/DAY SURGERY:** Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO) da cui risulti la data di ricovero, la conseguente data di dimissioni e la motivazione del ricovero;
- **D) VISITA DERMATOLOGICA CON EPILUMINESCENZA:** prescrizione del medico curante o dello specialista da cui risulti la patologia accertata o presunta e la fattura quietanzata emessa dallo Studio Medico o dalla Casa di Cura con indicazione del tipo di prestazione effettuata e la specializzazione del medico (dermatologia);
- **E) VISITA DERMATOLOGICA PER PREVENZIONE:** fattura quietanzata emessa dallo Studio Medico o dalla Casa di Cura con indicazione del tipo di prestazione effettuata e la specializzazione del medico (dermatologia);
- **F) VISITA DERMATOLOGICA PER CONTROLLO O FAMILIARITA':** prescrizione del medico curante o dello specialista che preveda il quesito diagnostico "per familiarità o controllo" e la fattura quietanzata emessa dallo Studio Medico o dalla Casa di Cura con indicazione del tipo di prestazione effettuata e la specializzazione del medico (dermatologia);
- **G) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI MALATTIA:** prescrizione del medico specialista in materia (ortopedico, fisiatra, medico dello sport) dei trattamenti richiesti con indicazione della relativa patologia e fattura quietanzata emessa da un Centro medico Fisioterapico o da un fisioterapista diplomato o in possesso dei titoli abilitanti previsti del Ministero della Sanità 27/07/2020 (GU del 16/08/2020);

- **H) CRITICAL ILLNES:** consultare allegato n. 1 al presente Regolamento.

12. TERMINI PER LA RICHIESTA PERIODO DI RIFERIMENTO 2025

Saranno considerate valutabili le richieste inoltrate dal **01/01/2025 a tutto il 31/01/2026** esclusivamente mediante l'apposita procedura descritta al punto 18 per le **spese sostenute dal 01/01/2025 al 31/12/2025 per prestazioni effettuate o per eventi iniziati a partire dal 1° gennaio 2025 e comunque non prima della attivazione della copertura.**
In ogni caso saranno valutate solo le richieste inoltrate entro e non oltre 2 anni dall'evento.

PERIODO DI RIFERIMENTO 2024

13. PERIODO DI RIFERIMENTO 2024

Le spese oggetto di rimborso del presente Regolamento devono essere sostenute nel **periodo dal 01/01/2024 al 31/12/2024 per prestazioni effettuate o per eventi iniziati a partire dal 1° gennaio 2024 e comunque non prima della decorrenza della copertura.**

Ai fini dell'attivazione del pacchetto di prestazioni dirette riferite a tale periodo non sono dovuti costi aggiuntivi oltre a quelli previsti per l'attivazione della copertura.

14. GARANZIE PREVISTE PERIODO DI RIFERIMENTO 2024

Gestione Professionisti, in favore dei beneficiari di cui al punto 2 che effettuino domanda seguendo la procedura prevista come successivamente specificata al punto 18, provvede direttamente al rimborso/liquidazione di quanto segue:

- **A) SPESE SOSTENUTE PER INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI:** spese sostenute in caso di interventi chirurgici ambulatoriali entro un massimale di € 2.000,00 (duemila)* e con uno scoperto del 25% con un minimo non rimborsabile di € 150,00 (centocinquanta);
- **B) DIARIA DA RICOVERO:** indennità per ciascun giorno di ricovero fino ad un massimo di 90 (novanta) giorni*. L'importo dell'indennità è pari ad € 50,00 (cinquanta) al giorno con applicazione di una franchigia di 1 (un) giorno. Ai fini del calcolo dei giorni il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno. La diaria 2024 non è liquidabile per ricoveri iniziati prima del 1° gennaio 2024 e comunque precedentemente alla decorrenza della copertura;
- **C) DIARIA PER DAY HOSPITAL/DAY SURGERY:** diaria di euro 50,00 (cinquanta) per il giorno di ricovero, fino ad un massimo di n. 5 ricoveri/eventi annui. In caso di eventi "continuativi" equiparazione al ricovero e applicazione di limite e franchigie previste per la Diaria da Ricovero 2024;
- **D) SPESE SOSTENUTE PER VISITA DERMATOLOGICA CON EPILUMINESCENZA:** una visita specialistica dermatologica con epiluminescenza, con un limite di € 80,00 (ottanta)*;
- **E) SPESE SOSTENUTE PER VISITA DERMATOLOGICA PER PREVENZIONE:** una visita specialistica dermatologica, ogni due anni, con un limite di € 60,00 (sessanta)*;
- **F) SPESE SOSTENUTE PER VISITA DERMATOLOGICA PER CONTROLLO O FAMILIARITA':** una visita specialistica dermatologica, con un limite di € 60,00 (sessanta)*;
- **G) SPESE SOSTENUTE PER TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI MALATTIA:** fino a 5 (cinque) sedute* per trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati presso Centri medici e/o da personale fornito di specifico diploma entro il limite di €150,00 (centocinquanta)*;
- **H) CRITICAL ILLNESS:** indennità di euro 15.000,00 (quindicimila) a seguito di prima diagnosi di una affezione critica quale ictus cerebrale, cancro o tumore maligno, malattia dei motoneuroni. **Per le specifiche consultare allegato n. 1 al presente Regolamento.**

***I massimali ed i limiti indicati sono riferiti al periodo dal 01/01/2024 al 31/12/2024, per prestazioni effettuate o per eventi iniziati a partire dal 1° gennaio 2024 e comunque non prima della attivazione della copertura.**

15. REQUISITI PER LA RICHIESTA PERIODO DI RIFERIMENTO 2024

I rimborsi delle spese previste sono riservati ai beneficiari sopra indicati, Professionisti titolari di copertura, la cui età anagrafica non sia superiore ad anni 80 al momento della richiesta di rimborso e la cui copertura risulti attivata e in essere al momento della richiesta. Per la garanzia H) Critical Illness l'età anagrafica non deve essere superiore a 75 anni.

Il rimborso è relativo alle spese sostenute nel periodo di riferimento dal 01/01/2024 al 31/12/2024 e comunque successivamente alla decorrenza di attivazione della copertura di cui sopra, per prestazioni effettuate o per eventi iniziati dal 01/01/2024 e comunque non precedenti alla decorrenza di attivazione della medesima copertura.

Ai fini dell'ottenimento dei rimborsi delle spese di cui al presente Regolamento sostenute dal 01/01/2024 al 31/12/2024, i beneficiari indicati non devono corrispondere alcun costo di attivazione oltre a quanto già sostenuto ai fini dell'attivazione delle coperture principali.

Ai fini del rimborso, il Professionista potrà recarsi in strutture anche non convenzionate e senza presentazione di richiesta di autorizzazione preventiva. Gli indennizzi non potranno cumularsi ad altri indennizzi previsti per altre garanzie della medesima copertura e facenti capo al medesimo evento. Non sono previsti rimborsi di somme rimaste parzialmente a carico del richiedente rispetto a richieste già liquidate da altre Compagnie.

16. DOCUMENTAZIONE RICHIESTA PERIODO DI RIFERIMENTO 2024

Ai fini del rimborso delle spese per le garanzie di cui al punto 4 deve **necessariamente** essere allegata alla richiesta, effettuata seguendo la procedura on line prevista, la seguente documentazione:

- **A) INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI:** cartella ambulatoriale, completa di tutte le pagine, nella quale sia contenuta la descrizione dell'intervento chirurgico eseguito e la patologia che ha reso necessario l'intervento effettuato e le fatture di spesa quietanzate emesse dalla Casa di Cura/Studio Medico/professionisti che hanno partecipato all'intervento chirurgico;
- **B) DIARIA DA RICOVERO:** Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO) da cui risulti la data di ricovero, la conseguente data di dimissioni e la motivazione del ricovero; per tale garanzia, ai fini della liquidabilità della diaria il ricovero deve essere iniziato successivamente al 01/01/2024 e comunque non prima della decorrenza della copertura;
- **C) DIARIA PER DAY HOSPITAL/DAY SURGERY:** Scheda di Dimissioni Ospedaliere (SDO) da cui risulti la data di ricovero, la conseguente data di dimissioni e la motivazione del ricovero;
- **D) VISITA DERMATOLOGICA CON EPILUMINESCENZA:** prescrizione del medico curante o dello specialista da cui risulti la patologia accertata o presunta e la fattura quietanzata emessa dallo Studio Medico o dalla Casa di Cura con indicazione del tipo di prestazione effettuata e la specializzazione del medico (dermatologia);
- **E) VISITA DERMATOLOGICA PER PREVENZIONE:** fattura quietanzata emessa dallo Studio Medico o dalla Casa di Cura con indicazione del tipo di prestazione effettuata e la specializzazione del medico (dermatologia);
- **F) VISITA DERMATOLOGICA PER CONTROLLO O FAMILIARITA':** prescrizione del medico curante o dello specialista che preveda il quesito diagnostico "per familiarità o controllo" e la fattura quietanzata emessa dallo Studio Medico o dalla Casa di Cura con indicazione del tipo di prestazione effettuata e la specializzazione del medico (dermatologia);
- **G) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI MALATTIA:** prescrizione del medico specialista in materia (ortopedico, fisiatra, medico dello sport) dei trattamenti richiesti con indicazione della relativa patologia e fattura quietanzata emessa da un Centro medico Fisioterapico o da un fisioterapista diplomato o in possesso dei titoli abilitanti previsti del Ministero della Sanità 27/07/2020 (GU del 16/08/2020);
- **H) CRITICAL ILLNES:** consultare allegato n. 1 al presente Regolamento.

17. TERMINI PER LA RICHIESTA PERIODO DI RIFERIMENTO 2024

Saranno considerate valutabili le richieste inoltrate dal **01/01/2024 a tutto il 31/01/2025** esclusivamente mediante l'apposita procedura descritta al punto 18 per le **spese sostenute dal 01/01/2024 al 31/12/2024 per prestazioni effettuate o per eventi iniziati a partire dal 1° gennaio 2024 e comunque non prima della attivazione della copertura.**

In ogni caso saranno valutate solo le richieste inoltrate entro e non oltre 2 anni dall'evento.

18. MODALITA' DI RICHIESTA

Ciascun titolare di copertura - automatica o volontaria - può effettuare le richieste di rimborso per ciascuna garanzia con la seguente modalità:

- registrarsi/accedere a BeProf (scaricando l'App per smartphone dagli App store Android o iOS o la versione desktop all'indirizzo <https://app.beprof.it>);
- nel menù "La mia copertura sanitaria", sezione "Richiedi le prestazioni" cliccare sulla voce "Prestazioni dirette Gestione Professionisti";
- compilare la sezione "Dati Rimborso" selezionando la garanzia di riferimento (DIARIA, DAYH, AMB, DERMA, DCHECK o FISIO) ed inserendo tutti i dati richiesti;
- allegare la documentazione richiesta;
- firmare la richiesta tramite codice sms;
- inviare la domanda.

Attenzione: in fase di compilazione occorre inserire l'importo intero senza virgola, punti o decimali e il numero di telefono per la validazione della firma senza punto, spazio, slash o altri caratteri diversi dai numeri.

Attenzione: non saranno prese in considerazione in alcun caso richieste compilate e inviate con modalità diversa da quella prevista e resa disponibile da piattaforma BeProf e Gestione Professionisti.

19. PAGAMENTO DEL RIMBORSO

Il pagamento del rimborso previsto viene effettuato direttamente da Gestione Professionisti:

- **Indicativamente entro 90 giorni dalla data della trasmissione della richiesta completa della documentazione indicata.** Tale termine decorre dal momento in cui sia presente tutta la documentazione indicata;
- solo **tramite bonifico bancario** utilizzando le coordinate IBAN intestate al richiedente, così come comunicate nel modulo di richiesta on line; qualora le coordinate comunicate risultino errate il rimborso non potrà essere effettuato nei termini indicati e sarà sospeso fino alla ricezione del codice corretto;
- dall'Italia ed in valuta Euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, il valore di cambio è ricavato dalla quotazione della BCE.

20. ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

Le garanzie non sono operanti ed i rimborsi non sono effettuati nei seguenti casi:

- a) le intossicazioni e gli infortuni conseguenti ad abuso di alcolici e psicofarmaci o a uso, a scopo non terapeutico, di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- b) i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili a esaurimento nervoso;
- c) infortuni determinati da ubriachezza o sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose; le garanzie si intendono tuttavia estese agli infortuni determinati da imprudenze e negligenze gravi;
- d) infortuni sofferti in conseguenza della partecipazione a gare professionistiche e allenamenti, ad attività temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- e) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- f) tutte le procedure, accertamenti e interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita, alla sterilità e/o all'impotenza;
- g) le spese relative a prestazioni di routine e/o di controllo, i vaccini, salvo quanto indicato per il rimborso delle spese sostenute per visita dermatologica per prevenzione/controllo o familiarità;
- h) cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla attivazione della copertura, salvo quanto previsto dal presente Regolamento;
- i) applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio);
- j) chirurgia plastica a scopo estetico e quella a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio;
- k) gli interventi e le cure delle miopie e/o astigmatismo e correzione del visus;
- l) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- m) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- n) lungodegenze, intese quali ricoveri determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentano più la guarigione con trattamenti medici o che rendano necessaria la permanenza in Istituto di Cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- o) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- p) cure omeopatiche e omeopatia in genere;
- q) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale.

21. INFORMAZIONI E CONTATTI

Per ottenere informazioni relative alle garanzie del pacchetto PRESTAZIONI DIRETTE GP:

- **BeProf** (scaricabile da Apple Store e Google Play): chat on line h24
 - **Gestione Professionisti**: www.gestioneprofessionisti.it (anche mediante Chat on line) – gestioneprofessionisti@ebipro.it
- Numero verde: 800 946 996

22. DISPOSIZIONI GENERALI

Ferma restando la valutazione sulla rimborsabilità delle prestazioni richieste, saranno rimborsate esclusivamente **le spese aventi data compresa fra il 01.01.2024 e il 31.12.2026**. Si estendono al presente Regolamento, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal Regolamento della Gestione Professionisti in vigore (disponibile al sito www.gestioneprofessionisti.it)

Le prestazioni contenute nel pacchetto PRESTAZIONI DIRETTE GP di cui al presente Regolamento vengono rimborsate direttamente da Gestione Professionisti.

Sono beneficiari del diritto al rimborso per le garanzie di cui al presente Regolamento, nei termini e limiti indicati i Professionisti titolari di copertura principale, Base o Premium o Infortuni&Welfare attivata ed in essere alla data della richiesta di ciascun rimborso.

Le domande di rimborso devono essere inviate entro i termini previsti per ogni periodo di riferimento indicato nel presente Regolamento. In ogni caso saranno valutate solo le richieste inoltrate entro e non oltre 2 anni dall'evento.

In caso di irregolarità contributive e/o amministrative le erogazioni potrebbero essere non effettuate o sospese in attesa di sistemazione.

I rimborsi saranno effettuati:

- fino alla concorrenza del massimale disponibile per il totale delle garanzie previste pari ad € 2.000.000,00;
- entro 90 giorni circa dalla data di ricezione della richiesta,
- esclusivamente mediante bonifico bancario su conto corrente bancario o postale intestato al richiedente.

Le erogazioni sono assoggettate alla normativa fiscale vigente.

La documentazione di spesa da allegare alla richiesta di rimborso dovrà risultare fiscalmente valida e pertanto saranno rimborsabili: fatture e/o ricevute di pagamento, scontrini fiscali, bollettini postali o MAV bancari, attestati di quietanza.

Tutte le documentazioni devono essere trasmesse esclusivamente in formato PDF, caricandole tramite apposita procedura

online. Gestione Professionisti si riserva in qualsiasi momento di richiedere documentazione in originale e/o aggiuntiva e/o di verificare i dati o le dichiarazioni riportate nei documenti costituenti le pratiche. In caso di discordanza, fatte salve ulteriori azioni legali, decade il diritto alle prestazioni e il beneficiario sarà tenuto alla restituzione delle eventuali somme indebitamente ricevute.

23. PRIVACY E TRATTAMENTO DATI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento"), il trattamento dei dati personali e sensibili riguardanti il Professionista iscritto (inerenti dati anagrafici e/o sanitari), forniti con il modulo on line appositamente predisposto e con la documentazione allegata, è finalizzato unicamente ad eseguire gli obblighi contrattuali e normativi, oltre che a fornire informazioni sui servizi previsti.

Il trattamento avverrà presso la sede di Gestione Professionisti - Ebipro in Roma con l'utilizzo di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità e presso la sede delle società assicurative e di servizi collegate.

Gestione Professionisti garantisce che il trattamento dei predetti dati e dei documenti allegati avviene secondo modalità idonee a garantirne la sicurezza, la riservatezza e l'integrità. I dati non verranno utilizzati per finalità difformi da quelle sopra indicate. Per finalità scientifiche e/o statistiche i dati saranno rappresentati in forma anonima. I dati potranno essere comunicati solo ad eventuali Collaboratori, Responsabili o Incaricati del trattamento. Il conferimento dei dati è necessario per l'esatta esecuzione degli obblighi contrattuali e di legge e la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle obbligazioni a carico di Gestione Professionisti.

Agli interessati sono riconosciuti tutti i diritti di cui all'articolo 7 del citato Codice ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e/o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le relative richieste per posta al Titolare e Responsabile del trattamento dati per Gestione Professionisti ovvero al suo legale rappresentante pro tempore. Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento e consapevole che lo stesso può riguardare dati sensibili, in particolare idonei a rivelarne lo stato di salute, l'interessato con l'invio del modulo on line, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

ALLEGATO N. 1: CRITICAL ILLNESS

Periodi di riferimento 2024, 2025 e 2026

1. CRITICAL ILLNESS

La garanzia **CRITICAL ILLNESS**, attivata per i periodi di riferimento 2024, 2025 e 2026 prevede l'indennizzo in favore dei Professionisti titolari di copertura Premium/Premium plus di euro 15.000,00 (quindicimila) a seguito di prima diagnosi di una affezione critica, riferibile a:

- Ictus cerebrale;
- Cancro o tumore maligno;
- Malattia dei motoneuroni.

2. BENEFICIARI

I rimborsi previsti sono erogati direttamente da Gestione Professionisti in favore dei richiedenti, **titolari di copertura** automatica o volontaria esclusivamente con formula **Premium/Premium Plus** già attiva al momento dell'evento e la cui età anagrafica al momento della richiesta non sia superiore ad **anni 75 (settantacinque)**. In caso di decesso del titolare della copertura le richieste possono essere effettuate dagli eredi negli stessi termini previsti per il titolare.

3. MALATTIE GRAVI CHE DANNO DIRITTO ALL'INDENNIZZO

L'indennizzo è previsto nel caso in cui al Professionista titolare di copertura **Premium/Premium Plus** venga diagnosticata una tra le seguenti malattie:

- 1) **Ictus Cerebrale**, definito quale accidente cerebrovascolare dovuto a emorragia o a infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente, riscontrabile chiaramente all'esame obiettivo e che permane per un periodo continuativo di almeno 30 giorni successivamente all'esordio dell'ictus, con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (a titolo esemplificativo e non esaustivo, in forma permanente: paresi, disturbi della parola, debolezza agli arti di un lato, disturbi della sensibilità, confusione mentale, disturbi della vista). L'ictus cerebrale è indennizzabile solo se ne è stata accertata l'origine e riconosciute l'entità e la permanenza;
- 2) **Cancro o tumore maligno**, caratterizzato da crescita e diffusione incontrollate di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. Il cancro o tumore maligno per essere definito tale deve richiedere l'intervento chirurgico, la radioterapia o la chemioterapia. Sono inclusi anche il cancro o tumore maligno terminale, che può essere trattato solamente mediante terapie palliative;
- 3) **Malattia dei motoneuroni**, caratterizzata da degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari (come atrofia muscolare spinale, paralisi bulbare progressiva, sclerosi laterale amiotrofica o sclerosi laterale primaria). Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente o continua per almeno 3 (tre) mesi.

Attenzione: tutta la documentazione relativa alla malattia per la quale viene effettuata la richiesta deve essere successiva alla decorrenza del Piano Premium/Premium Plus (accertamenti, visite e/o analisi).

4. CARENZA

Gli indennizzi sono soggetti ad un periodo di carenza di **quaranta (40) giorni** dalla data di effetto della Polizza e alla sopravvivenza dell'Assicurato per almeno **quindici (15) giorni** dalla data della diagnosi.

5. MODALITA' DI RICHIESTA

Ciascun titolare di copertura **Premium/Premium Plus** - automatica o volontaria - può presentare domanda di indennità con la seguente modalità:

- Scaricare il modulo "Richiesta Critical Illness" dal sito www.gestioneprofessionisti.it – sezione "Documenti e Moduli;
- Compilare il modulo e allegare la documentazione richiesta, inviando la domanda:
 - a) Tramite PEC all'indirizzo gestioneprofessionisti@pec.ebipro.it;
 - b) Tramite e-mail all'indirizzo rimborsi.gp@ebipro.it;
 - c) Tramite raccomandata A/R indirizzata a Gestione Professionisti – Ebipro, Viale Pasteur n. 65 – 00144 Roma (RM).

6. DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Ai fini dell'erogazione dell'indennità di cui al punto 3 del presente Allegato deve **necessariamente** essere allegata alla domanda la seguente documentazione:

1) Ictus Cerebrale,

- Cartella Clinica e Relazione Medica in cui sia accertata l'origine dell'ictus cerebrale e ne siano riconosciute l'entità e la permanenza;
- Risonanza magnetica, tac o altre tecniche;

2) Cancro o tumore maligno,

- Cartella Clinica e Relazione medica della patologia esistente contenente la diagnosi del cancro o tumore maligno;
- Prova istologica di malignità confermata da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo;

3) Malattia dei motoneuroni,

- Cartella Clinica e Diagnosi della malattia da parte di uno specialista neurologo.
-

Attenzione: tutta la documentazione relativa alla malattia per la quale viene effettuata la richiesta deve essere successiva alla decorrenza del Piano Premium/Premium Plus (accertamenti, visite e/o analisi).

Attenzione: in caso di certificazione in lingua straniera, sarà necessario produrre idonea traduzione della documentazione sanitaria.

7. TERMINI PER LA RICHIESTA

Saranno considerate valutabili le richieste inoltrate dal **01/01/2024 a tutto il 31/01/2027** esclusivamente mediante l'apposita procedura descritta al punto 5 del presente Allegato per **malattie diagnostiche dal 01/01/2024 al 31/12/2026 e comunque non prima della attivazione della copertura con formula Premium/Premium Plus**, che deve essere precedente alla diagnosi della malattia. Per ottenere l'indennità, il Professionista titolare di copertura Premium/Premium plus deve presentare la relativa richiesta **entro trenta (30) giorni** dalla data in cui è stata certificata la patologia.

8. ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

Sono esclusi i rischi di insorgenza di una malattia grave verificatasi a seguito di:

- a) Dolo dell'assicurato;
- b) Tentato suicidio;
- c) Atti volontari di autolesionismo, anche quando l'assicurato è in stato di incapacità di intendere o di volere;
- d) Patologie diverse da Ictus cerebrale, cancro o tumore maligno e malattia dei motoneuroni;
- e) Malattia grave conseguente a invalidità, malformazioni, stati patologici, malattie, infortuni, lesioni dell'assicurato, e le loro conseguenze dirette o indirette, preesistenti e diagnosticati e/o noti all'assicurato prima della data di inizio della copertura;
- f) Malattia grave insorta prima della decorrenza della copertura;
- g) Malattia grave provocata dall'uso di stupefacenti, allucinogeni, psicofarmaci o medicine in dosi non prescritte dal medico o da stato di alcolismo acuto o cronico;
- h) Malattia grave derivante da infezione da virus HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia collegata;
- i) Malattia grave insorta a causa di attività professionali che prevedano uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo.

Con riferimento all'**ictus cerebrale** sono, inoltre, esclusi:

- 1) Gli attacchi ischemici transitori (TIA);
- 2) Disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina ed eventi vascolari della colonna vertebrale;
- 3) Ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

Con riferimento al **cancro o tumore maligno** sono, inoltre, esclusi:

- 1) I carcinomi in situ;
- 2) Tumori benigni, pre-maligni, non invasivi o qualsiasi grado di displasia, tutte le lesioni squamose intraepiteliali (HSIL e LSIL) e tutte le neoplasie intra-epiteliali;
- 3) Tumori della pelle, ad eccezione del melanoma maligno superiore allo Stadio I come da manualistica AJCC sulla classificazione degli stadi della patologia;
- 4) Tumori della prostata classificati con punteggio Gleason non superiore a sei o come stadio inferiore a quello codificato T2N0M0;
- 5) Qualsiasi tumore in presenza di HIV;
- 6) Tumori della tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2 cm di diametro e descritti come T1 nella manualistica AJCC sulla classificazione degli stadi della patologia;
- 7) I casi di recidiva.

9. DISPOSIZIONI GENERALI

Gestione Professionisti liquiderà l'indennizzo a seguito della prima diagnosi di una affezione critica.

L'indennizzo, una tantum (unica ed irripetibile) per iscritto, è erogabile una (1) sola volta nell'arco dell'intera iscrizione a Gestione Professionisti, anche in caso di iscrizione discontinua. La possibilità di richiedere ulteriori indennizzi cessa in automatico al momento della prima liquidazione dell'indennizzo stesso, a prescindere dal numero di affezioni critiche riferibili al Professionista titolare di copertura.

Ferma restando la valutazione sulla rimborsabilità delle prestazioni richieste, saranno liquidate malattie diagnosticate dal 01/01/2024 al 31/12/2026. In ogni caso saranno valutate solo le richieste inoltrate entro e non oltre 2 anni dall'evento.

Si estendono al presente Regolamento, ove applicabili, tutte le disposizioni previste dal Regolamento della Gestione Professionisti in vigore (disponibile al sito www.gestioneprofessionisti.it).

Sono fatte salve le disposizioni stabilite nel Regolamento Prestazioni Dirette GP, di cui il presente documento (Allegato n. 1) è parte integrante.

Roma, 07/01/2026