



Modulo Diagnostica e Analisi

Appendice alle Condizioni di Assicurazione della polizza XME Protezione

Edizione novembre 2021

Dedicato ai correntisti di Intesa Sanpaolo

Modulo Diagnostica e Analisi



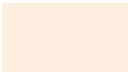
Caro Cliente,

il Modulo Diagnostica e Analisi integra la **SEZIONE I** delle Condizioni di Assicurazione di XME Protezione, la polizza assicurativa di Intesa Sanpaolo Assicura che permette di acquistare più coperture assicurative (Moduli) per la protezione della salute, dei beni e della famiglia sottoscrivendo un unico prodotto.

Nel Modulo sono presenti:

- **SEZIONE II** (Artt. 1 – 9) – Norme relative alle coperture assicurative acquistate
- **SEZIONE III** (Artt. 10 - 12) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**

Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del Modulo Diagnostica e Analisi abbiamo arricchito il documento con:

- **box di consultazione** che forniscono informazioni e approfondimenti su alcuni aspetti del contratto; sono degli spazi facilmente individuabili perché contrassegnati con margine arancione e con il simbolo della lente di ingrandimento.
I contenuti inseriti nei box hanno solo una valenza esemplificativa di tematiche che potrebbero essere di difficile comprensione 
- **note inserite a margine** del testo, segnalate con un elemento grafico arancione, che forniscono brevi spiegazioni di parole, sigle e concetti di uso poco comune 
- **punti di attenzione**, segnalati con un elemento grafico, vogliono ricordare al cliente di verificare che le coperture di suo interesse non siano soggette a esclusioni, limiti, franchigie e scoperti. 
- **elemento grafico di colore grigio**, identifica le clausole vessatorie che è necessario conoscere prima della sottoscrizione del contratto e che richiederanno una specifica approvazione in sede di acquisto della polizza 
- **elemento grafico di colore arancione**, identifica le clausole che indicano scadenze, nullità o limitazioni delle garanzie od oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato su cui è importante porre l'attenzione prima della sottoscrizione del contratto. 

Il set informativo di XME Protezione è disponibile sul sito internet di Intesa Sanpaolo Assicura www.intesasanpaoloassicura.com e sul sito di Intesa Sanpaolo RBM Salute www.intesasanpaolorbmsalute.com e le sarà comunque consegnato al momento dell'acquisto della polizza.

Grazie per l'interesse dimostrato

Indice

PREMESSA

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

Articolo 1. CHE COSA È ASSICURATO	Pag. 1 di 34
Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 3 di 34
2.1 Persone non assicurabili	Pag. 3 di 34
2.2 Esclusioni per tutte le garanzie	Pag. 4 di 34
Articolo 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE	Pag. 5 di 34
Articolo 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 5 di 34
Articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Pag. 5 di 34
Articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 6 di 34
6.1 Carenze	Pag. 6 di 34
Articolo 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO	Pag. 6 di 34
Articolo 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO	Pag. 6 di 34
Articolo 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	Pag. 7 di 34

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Articolo 10. DENUNCIA DEL SINISTRO	Pag. 7 di 34
10.1 Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta	Pag. 7 di 34
10.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale operativa	Pag. 8 di 34
10.1.2 Ricerca della Struttura	Pag. 8 di 34
10.1.3 Validità e riemissione del voucher Salute	Pag. 9 di 34
10.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni	Pag. 9 di 34
10.1.5 Casi di rifiuto del sinistro	Pag. 10 di 34
10.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale	Pag. 10 di 34
10.3 Data dell'evento	Pag. 12 di 34
10.4 Lingua della documentazione	Pag. 12 di 34
10.5 Accertamenti della Compagnia	Pag. 12 di 34
10.6 Decesso dell'Assicurato	Pag. 12 di 34
10.7 Uso di medici e strutture convenzionati	Pag. 12 di 34
10.8 Prestazioni intramoenia	Pag. 13 di 34
10.9 Prestazioni tra due annualità	Pag. 13 di 34
10.10 Imposte e oneri amministrativi	Pag. 13 di 34
Articolo 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI	Pag. 13 di 34
Articolo 12. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	Pag. 13 di 34

GLOSSARIO

Pag. 14 di 34

ALLEGATO 1 - Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Diagnostica e Analisi

Pag. 17 di 34

ALLEGATO 2 - Tabella dei coefficienti

Pag. 17 di 34

ALLEGATO 3 - Fac-simile Questionario Sanitario

Pag. 32 di 34

PREMESSA

Questionario Sanitario è il documento in cui sono riportate le dichiarazioni dell'Assicurato sul suo stato di salute, ha validità al massimo fino alla scadenza della quinta annualità di polizza successiva alla decorrenza del Modulo Ricoveri e Interventi

Network: è la rete convenzionata di Previmedical – Servizi per sanità integrativa S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del Modulo Diagnostica e Analisi (d'ora in poi il Modulo) che il Contraente (d'ora in poi il Cliente) può acquistare per sé o per conto di altro soggetto (d'ora in poi l'Assicurato) da Intesa Sanpaolo RBM Salute (d'ora in poi la Compagnia) insieme alla polizza XME Protezione (d'ora in poi polizza), o in un secondo momento, e integrano la Sezione I delle Condizioni di Assicurazione.

La sottoscrizione del Modulo è subordinata all'acquisto del Modulo Ricoveri e Interventi e alla compilazione di un Questionario Sanitario per verificare che l'Assicurato abbia le condizioni di assicurabilità e all'accettazione del rischio assicurativo da parte della Compagnia. Il Modulo è acquistabile solo se è già stato acquistato il Modulo Ricoveri e Interventi.

Sono previsti i seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

ASSISTENZA DIRETTA

Modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale la Compagnia paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate dalla Centrale Operativa, direttamente alla struttura sanitaria del Network.

Se l'Assicurato vuole utilizzare una struttura convenzionata o un medico convenzionato del Network è necessario che acceda tramite il regime di Assistenza diretta.

REGIME RIMBORSUALE

Modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale la Compagnia rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dall'Assicurato e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Modulo.

Sezione II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

NON DIMENTICHI

di verificare anche quali sono le esclusioni e i limiti di indennizzo delle coperture di suo interesse (articolo 2 e 3)

Il Modulo prevede il pagamento o il rimborso delle spese rese necessarie da malattia o infortunio per:

- prestazioni diagnostiche comprese cure, trattamenti e terapie oncologiche e dialisi
- analisi di laboratorio

in base al livello di copertura scelto dal Cliente tra quelli previsti dal Modulo, denominati Base, Silver, Gold e Platinum.

Condizioni specifiche, massimali, limiti, franchigie, scoperti ed esclusioni dei livelli di copertura sono riassunti nella Tabella riepilogativa dei livelli di copertura dell'art. 1 e nella Tabella riepilogativa delle franchigie e degli scoperti dell'art. 3 e nelle disposizioni relative a ciascuna garanzia.

Si ricorda che per questo Modulo:

- il nucleo familiare è rappresentato dal coniuge o dalla persona unita civilmente o dal convivente more uxorio e dai figli anche della persona unita civilmente e del convivente more uxorio, anche se non conviventi
- l'annualità di polizza va dalla data di inizio delle coperture del Modulo o dalla data del tacito rinnovo delle stesse, fino alla data di scadenza della polizza.

I soggetti assicurati devono essere indicati dal Cliente nel modulo di polizza sottoscritto all'acquisto della polizza o nell'Appendice contrattuale sottoscritta successivamente all'acquisto della polizza.

Il Cliente può assicurare se stesso e/o uno o più componenti del suo Nucleo Familiare.

Unione civile: l'unione costituita tra soggetti maggiorenni dello stesso sesso nelle modalità previste dalla Legge 20 maggio 2016, n.76

Convivenza more uxorio: è la relazione affettiva e solidaristica che lega due persone in comunione di vita senza il vincolo del matrimonio

Tacito rinnovo: la scadenza della polizza si rinnova di anno in anno senza necessità di un consenso esplicito del Cliente

Contraente e Assicurato: facciamo chiarezza

Il Contraente è la persona che sottoscrive la polizza e paga il premio e può non coincidere con l'Assicurato.

L'Assicurato è il soggetto o i soggetti che beneficiano delle coperture.

ARTICOLO 1. CHE COSA È ASSICURATO

Con il Modulo gli Assicurati possono ricevere, a seguito di malattia o infortunio:

- prestazioni diagnostiche, compresi cure, trattamenti e terapie oncologiche e dialisi
- analisi di laboratorio.

Sono comprese nella garanzia anche le endoscopie che abbiano finalità di accertamento diagnostico.

Non rientrano invece quelle a cui segue intervento chirurgico.

Facciamo alcuni esempi

In copertura rientrano:

- l'esofagogastroduodenoscopia finalizzata a valutare una gastrite o un reflusso gastroesofageo
- l'esame rettocolonoscopico per valutare un sanguinamento occulto.

In copertura non rientrano:

- un'esofagogastroduodenoscopia con cui si posiziona uno stent esofageo
- un'endoscopia durante la quale venga asportato un polipo.

Il Modulo prevede 4 livelli di copertura: Base, Silver, Gold e Platinum. Ogni livello di copertura è caratterizzato da diversi massimali e diversi livelli di indennizzo/rimborso, come di seguito descritto.

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Diagnostica e terapie oncologiche/dialisi Massimale	€ 2.000	€ 4.000	€ 6.000	€ 8.000
Analisi di laboratorio Massimale	€ 500	€ 750	€ 1.500	€ 2.000

Quando tali prestazioni sono collegate a uno dei ricoveri assicurati dal Modulo Ricoveri e Interventi, le spese vengono pagate solo per le prestazioni erogate prima o dopo i giorni di pre ricovero o post ricovero in base al livello di copertura scelto nel Modulo Ricoveri e Interventi.

Facciamo un esempio:

Se il Modulo Ricoveri e Interventi prevede la copertura delle spese pre/post ricovero **livello Silver** nei 60 giorni prima e dopo il ricovero, il presente Modulo copre le spese relative alle prestazioni effettuate antecedentemente e successivamente ai 60 giorni di pre e post ricovero entro i massimali previsti dal livello di copertura prescelto.

Si precisa che:

- la scelta del livello di copertura deve essere la medesima per tutte le prestazioni oggetto del presente Modulo.
- gli scoperti e le franchigie previsti per ciascuna garanzia sono indicati di seguito all'art. 3 "Quali sono i limiti delle coperture"

Il Cliente può richiedere la variazione dei livelli di copertura inizialmente scelti. La variazione deve essere concordata con la Compagnia in base ai livelli di copertura vigenti al momento della richiesta.

La Compagnia, mediante l'accesso ai servizi della Centrale Operativa e alla sua rete di strutture convenzionate (nel seguito Network), nei limiti indicati nel modulo di polizza o nell'Appendice contrattuale, fornisce all'Assicurato le prestazioni sopra elencate.

ARTICOLO 2. CHE COSA NON È ASSICURATO

2.1 Persone non assicurabili

Non è possibile assicurare le persone che:

- 1) al momento della sottoscrizione della polizza o dell'Appendice contrattuale:
 - a) abbiano più di 70 anni o, se sono state già assicurate con il Modulo nei precedenti 5 anni e in tale periodo il Cliente non ha mai dato disdetta dalla polizza o dal Modulo di cui erano assicurate, abbiano più di 75 anni
 - b) siano affette da alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
 - c) non siano residenti in Italia
 - d) effettuano annualmente esami specialistici di approfondimento (quali, ad esempio, TAC, RM, MOC, holter, scintigrafia) ed inoltre effettuano spesso esami di laboratorio non finalizzati a controlli generici (quali, ad esempio, glicemia, azotemia, transaminasi, trigliceridi, colesterolo)
 - e) stiano seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ad es. ischemia, trombosi, emorragia) e/o per malattie del pancreas (escluso diabete), che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) e/o persone che stanno seguendo cure (ad es. farmaci, chemioterapia, radioterapia) per neoplasie maligne
 - f) siano affette da sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, se in forma iniziale)
 - g) abbiano invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o che ne abbiano fatto domanda per ottenerla
 - h) siano affette da disturbi neurologici del movimento o da patologie del sistema nervoso centrale (ad esempio: malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, SLA, Sclerosi multipla) o distrofia muscolare
 - i) siano affette da Lupus eritematoso sistemico (LES)
 - j) si siano sottoposte a terapie oncologiche e/o immunitarie nell'ultimo anno solare
- 2) nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell'Appendice contrattuale:
 - a. siano stati affette da una malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica, angioma epatico) e/o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ
 - b. siano stati affetti da una malattia dell'apparato digerente (escluse stipsi, gastrite) e/o da una malattia del sangue e/o da una paralisi e/o da una forma di cecità che abbia richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi e/o siano stati in coma.

Sindrome di Gilbert: malattia ereditaria benigna e non progressiva nella quale è presente un aumento della bilirubinemia nel siero

L'iperdislipidemia (spesso chiamata o dislipidemia o iperlipemia) è l'incremento dei valori dei trigliceridi e/o del colesterolo sia totale e/o della sua componente a maggior rischio metabolico (colesterolo ldl) o riduzione della componente cd "protettiva" (colesterolo hdl)

- Sono inoltre inassicurabili le persone che abbiano almeno sei delle seguenti condizioni:
- a. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia
 - b. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dei vasi cerebrali (ad es. ischemia, trombosi, emorragia) diversa da cefalea e/o emicrania
 - c. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del pancreas (escluso diabete)
 - d. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite
 - e. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema urologico e/o urogenitale diversa da ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali
 - f. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo
 - g. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)

- h. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del fegato che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- i. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del/i polmone/i che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- j. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema urologico e/o urogenitale che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- k. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema endocrino (compreso diabete) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- l. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dell'apparato urologico e/o uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- m. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- n. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- o. essere affetto da forma iniziale di Parkinson o altre disabilità non gravi
- p. negli ultimi 2 anni essere stato impossibilitato a svolgere le mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi
- q. essere affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali)
- r. aver subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura
- s. essere affetto da connettivite mista e/o indifferenziata
- t. essere affetto da poliartrite nodosa
- u. essere affetto da sclerodermia.

Se, nel corso dell'annualità di polizza, l'Assicurato compie 80 anni, le coperture del Modulo cesseranno alla scadenza dell'annualità di polizza e non sarà più possibile rinnovarle tacitamente.

2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

La Compagnia non fornisce alcuna prestazione in caso di:

1. infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
2. infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
3. infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"
4. infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
5. conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
6. conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
7. conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
8. spese in conseguenza di malattie mentali e di malattie o infortuni derivanti dall'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
9. interruzione volontaria della gravidanza
10. prestazioni e cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici
11. prestazioni e cure per eliminare o correggere difetti fisici

stato di ubriachezza: sussiste quando il tasso alcolemico risulta superiore a 0,8 grammi per litro

Da sapere

la scala francese si utilizza per rappresentare il livello di difficoltà complessiva di un'arrampicata

Da sapere

Elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità). La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione che organizza le malattie ed i traumatismi in gruppi sulla base di criteri definiti

medicina alternativa e

complementare: si intende un gruppo eterogeneo di terapie mediche e di promozione della salute che non fanno parte della medicina convenzionale. In particolare, si definisce medicina complementare l'uso di terapie non provate scientificamente in associazione a terapie convenzionali, mentre per medicina alternativa si intende l'utilizzo esclusivo di metodi non convenzionali.

12. prestazioni, cure per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza
13. trattamenti di medicina alternativa o complementare
14. prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche finalizzate o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari
15. prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica
16. prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico
17. spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini
18. spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
19. conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

ARTICOLO 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE

Le franchigie e gli scoperti previsti per le prestazioni del Modulo sono quelle di seguito descritte:

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Diagnostica e terapie oncologiche/dialisi				
in Network	franchigia € 55 a prestazione	franchigia € 55 a prestazione	franchigia € 35 a prestazione	nessuna franchigia
fuori Network	scoperto 20% min. € 75 a prestazione	scoperto 20% min. € 55 a prestazione	scoperto 20% min. € 35 a prestazione	scoperto 20% a prestazione
ticket	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia
Analisi di laboratorio				
in Network	franchigia € 55 a fattura	franchigia € 35 a fattura	franchigia € 25 a fattura	franchigia € 15 a fattura
fuori Network	scoperto 20% min. € 55 a fattura	scoperto 20% min. € 35 a fattura	scoperto 20% min. € 25 a fattura	scoperto 20% min. € 15 a fattura
ticket	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia

ARTICOLO 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE

La copertura vale in tutto mondo. I danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro. Per le prestazioni all'estero non è garantito il regime di Assistenza diretta ma le relative spese possono essere presentate a rimborso. Le spese sostenute all'estero sono rimborsate in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della Banca Centrale Europea.

ARTICOLO 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

Il Cliente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione. Il Cliente, l'Assicurato, i relativi familiari e aventi diritto consentono a Intesa Sanpaolo RBM Salute di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

Riferimenti normativi: come previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

Se la Compagnia viene a conoscenza del fatto che l'Assicurato, al momento dell'acquisto del Modulo da parte del Cliente, era inassicurabile le coperture cessano da quando la Compagnia ne è venuta a conoscenza.

Se l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate le coperture del Modulo terminano e la Compagnia, a fronte della comunicazione del Cliente o dell'Assicurato restituisce al Cliente, al netto delle imposte, i premi eventualmente incassati dopo che sia venuta a conoscenza della perdita dei requisiti di assicurabilità.

Perché è importante fornire alla Compagnia le informazioni corrette

Se il Cliente o l'Assicurato comunicano alla Compagnia informazioni inesatte che sono rilevanti per la validità della polizza (come ad esempio la data nascita dell'Assicurato), l'Assicurato può perdere tutto o in parte il diritto all'indennizzo in caso di sinistro.

ARTICOLO 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE

Ferme le carenze di cui al successivo Art. 6.1, le coperture cominciano alle ore 24 della data indicata nel modulo di polizza o nell'Appendice contrattuale, a condizione che il premio sia stato pagato e terminano alla data di scadenza della polizza.

Alla scadenza di ciascuna annualità di polizza le coperture si rinnovano tacitamente per un ulteriore anno, a meno che il Cliente o la Compagnia dia disdetta dalla polizza o dal Modulo nei tempi e con le modalità previste nella Sezione I delle Condizioni di Assicurazione della polizza.

Non è più possibile rinnovare tacitamente il Modulo quando non è più possibile rinnovare tacitamente il Modulo Ricoveri e Interventi.

Se il Modulo è ancora acquistabile, sarà possibile rinnovare le coperture del Modulo alle condizioni vigenti a tale data, a condizione che vengano rinnovate anche le coperture del Modulo Ricoveri e Interventi e che sia compilato un nuovo Questionario Sanitario per consentire alla Compagnia di verificare i requisiti assicurabilità.

In ogni caso, al compimento degli 80 anni dell'Assicurato, alla scadenza della successiva annualità di polizza le coperture del Modulo non saranno più rinnovabili.

6.1 Carenze

Le prestazioni sono operanti a partire dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per le prestazioni da infortunio
- del 60° giorno successivo alla decorrenza dell'Appendice contrattuale per le prestazioni di diagnostica da malattia e per le analisi di laboratorio da malattia.

Cos'è la carenza

È il periodo di tempo durante il quale le garanzie non hanno effetto. L'efficacia della garanzia parte infatti dopo il periodo di carenza.

Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della polizza e ha una durata diversa a seconda della prestazione assicurata.

ARTICOLO 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Ad ogni annualità di polizza successiva a quella dell'acquisto il premio del Modulo:

- è incrementato in funzione dell'età dell'Assicurato
- può variare in caso di eventuali cambi di residenza comunicati dall'Assicurato.

I criteri di incremento e variazione del premio sono indicati nell'Allegato 2 – Tabella dei coefficienti, che è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

ARTICOLO 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

La Compagnia può variare unilateralmente i coefficienti per il calcolo del premio del Modulo, comunicandolo al Cliente almeno 60 giorni prima della scadenza delle coperture.

In questo caso, il Cliente ha il diritto di esercitare la disdetta dal Modulo, per iscritto o seguendo le modalità indicate nella comunicazione inviata dalla Compagnia.

Se il Cliente non effettua la disdetta, le coperture del Modulo si rinnovano tacitamente alle nuove condizioni di premio.

Sezione III

ARTICOLO 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Se l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate le coperture del Modulo cessano e deve comunicarlo alla Compagnia che, in tal caso, restituisce al Cliente, al netto delle imposte, i premi eventualmente incassati dopo che sia venuta a conoscenza della perdita dei requisiti di assicurabilità. Se l'Assicurato modifica in corso di durata del Modulo la propria residenza, deve comunicarlo tempestivamente alla Compagnia, inviando apposita comunicazione a Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. via San Francesco d'Assisi, 10, 10122 Torino.

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI**ARTICOLO 10. DENUNCIA DEL SINISTRO**

L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o in regime rimborsuale contattando la Centrale Operativa al numero 800.124.124.

L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o in regime rimborsuale anche tramite:

- App Modulo Salute messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute
- App Intesa Sanpaolo Assicurazioni messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura
- Internet Banking di Intesa Sanpaolo.

In alternativa l'Assicurato può denunciare il sinistro, limitatamente al regime rimborsuale, inviando richiesta scritta a:

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.
c/o Previmedical S.p.A.
Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV)

oppure all'indirizzo pec **comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com** o all'indirizzo e-mail **sinistrixmp@intesasanpaolorbmsalute.com**.

Il Cliente può denunciare il sinistro in regime rimborsuale anche nell'Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura, che gestisce l'Area Clienti di XME Protezione.

10.1 Procedura di accesso alle prestazioni - regime di assistenza diretta

Per attivare le prestazioni assicurative ed effettuare la denuncia di sinistro l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa ai numeri: dall'Italia: 800.124.124 dall'Estero: +39.02.30328013. La Centrale Operativa è disponibile da lunedì a venerdì dalle ore 8.30 alle 20.00. L'Assicurato deve indicare con precisione:

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico

L'elenco delle strutture è consultabile sul sito **www.intesasanpaolorbmsalute.com**. Si può invece verificare l'elenco dei medici convenzionati telefonando al numero 800.124.124.

L'elenco delle strutture convenzionate aggiornato è consultabile, inoltre, sul sito internet **www.intesasanpaoloassicura.com**.

Inviando la documentazione richiesta, la Centrale Operativa emette un VoucherSalute® che deve essere presentato alla Struttura sanitaria scelta, insieme alla prescrizione medica. Non rientrano nella garanzia le richieste dirette alle strutture sanitarie.

Da sapere

Il presidio medico pubblico sostitutivo fa parte del Sistema di Emergenza Territoriale e ne fanno parte ad esempio i Punti di Primo Soccorso ed il servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica)

10.1.1. Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

Per accedere alle prestazioni in regime di assistenza diretta occorre:

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata:
 - è necessaria la prescrizione del medico di base o di un medico specialista, diverso dal medico che effettua la prestazione
 - per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.
- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
 - **referto del Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio;** se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato dalla Compagnia. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
 - **se l'infortunio è responsabilità di un terzo:** anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.
 - **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole);
- **eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter autorizzare il sinistro.**

10.1.2. Ricerca della struttura

L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione sul sito internet **www.intesasanpaolorbmsalute.com** o sul sito internet **www.intesasanpaoloassicura.com** o telefonando alla Centrale operativa.

Se l'Assicurato ha necessità di ricevere la prestazione entro 30 giorni dal ricevimento del voucher, se disponibili, sono individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative in grado di garantire la prestazione entro 30 giorni dal rilascio del voucher.

La Compagnia indica le strutture sanitarie più vicine alla residenza dell'Assicurato e, se possibile, che garantiscono la prestazione entro 30 giorni.

L'Assicurato potrà comunque scegliere di effettuare la prestazione in una struttura sanitaria diversa, in base alle proprie esigenze.

Importante per lei:

Se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute® perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

La prestazione richiesta deve essere in ogni caso effettuata entro il termine della validità del Modulo.

Facciamo un esempio

Esempio: se la scadenza del Modulo è il 30 novembre e il VoucherSalute® è stato emesso il 10 Novembre, la prestazione deve essere eseguita entro i 20 giorni successivi.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta, la Centrale operativa:

- rilascia all'Assicurato un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dell'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)
- se richiede integrazioni alla documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa
- invia il voucher all'Assicurato per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato) e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail, che dovrà poi essere stampata e presentata alla struttura sanitaria.

10.1.3. Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 30 giorni dalla data di emissione.

Se è scaduto da massimo 7 giorni: il Cliente può chiederne la riemissione immediata entro 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza tramite la propria Area Riservata senza dover allegare di nuovo la documentazione già trasmessa.

Se è scaduto da più di 7 giorni: l'Assicurato deve chiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, allegando di nuovo tutta la documentazione necessaria.

Il VoucherSalute® è rinnovabile dal 20° giorno dalla sua emissione al massimo per altre due volte, quindi con una validità complessiva di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per cessazione della copertura o per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia.

Facciamo un esempio:

Il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2021; a partire dal 20/03/2021 l'Assicurato che non lo ha ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che ha 30 giorni di validità dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non può più essere utilizzato. È consentita una ulteriore emissione del VoucherSalute®, per una validità di altri 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2021 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di riemissione, non può superare la data del 29/05/2021, per un totale 90 giorni dal 01/03/2021.

Se la riemissione è richiesta prima che siano finiti i 30 giorni di validità (e comunque dal 20° giorno di emissione del voucher), gli eventuali giorni di validità non usufruiti sono persi.

Il voucher non può essere annullato dall'Assicurato. Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullarlo, deve contattare la Centrale Operativa.

10.1.4. Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale Operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici danno esito positivo, emetta un nuovo VoucherSalute®.

a) La prenotazione

- ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione dalla Compagnia, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

b) Centrale Operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

c) Dopo la prestazione

- l'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, franchigie, prestazioni non previste dal Modulo),
- la Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dal presente Modulo, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, referti, ...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dal presente Modulo (per es.: franchigie e scoperti).

10.1.5. Casi di rifiuto del sinistro

La Compagnia respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionata
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

10.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale

L'Assicurato o il Cliente possono richiedere il rimborso delle spese sostenute contattando la Centrale Operativa al numero 800.124.124.

L'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese sostenute anche tramite:

- App Modulo Salute messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute
- App Intesa Sanpaolo Assicurazioni messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura
- Internet Banking di Intesa Sanpaolo.

In alternativa l'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese sostenute, inviando richiesta scritta a:

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.
c/o Previmedical S.p.A.
Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV)

oppure all'indirizzo pec **comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com** o all'indirizzo email **sinistrixmp@intesasanpaolorbmsalute.com**.

Il Cliente può richiedere il rimborso delle spese sostenute anche nell'Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura, che gestisce l'Area Clienti di XME Protezione.

Le prestazioni devono:

- essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)
- essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)
- essere fatturate da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi.

La documentazione deve essere intestata alla persona che ha ricevuto la prestazione sanitaria e riportarne i dati anagrafici. Tale persona è quella che riceve il rimborso della spesa sostenuta per la prestazione sanitaria.

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere la documentazione in originale.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare **il modulo di denuncia sinistro** disponibile su www.intesasanpaolorbmsalute.com oppure www.intesasanpaoloassicura.com. Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, la Compagnia prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. In ogni caso, l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

1. documentazione quietanzata del pagamento delle spese (fatture, parcelle, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la marca da bollo nei casi normativamente previsti e deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta. L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola.

2. prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate. È necessaria la prescrizione del medico di base o di un medico specialista, diverso dal medico che effettua la prestazione.

3. in caso di infortunio devono essere presentati anche:

- referto del Pronto Soccorso **redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato dalla Compagnia. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
- se l'infortunio è responsabilità di un terzo, anche il nominativo e il recapito del terzo.
- In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole).

4. eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter liquidare il sinistro.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.
c/o Previmedical S.p.A.
Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV)

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, il Cliente può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa dalla propria Area Clienti di Intesa Sanpaolo Assicura.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che la Compagnia considera equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

La Compagnia respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta

- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:

- la documentazione giustificativa è incompleta
- non è stata indicata correttamente la persona che ha ricevuto la prestazione sanitaria.

Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta della Compagnia, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

10.3 Data dell'evento

- **Per le prestazioni diagnostiche e analisi di laboratorio:** quella della prima prestazione sanitaria fornita
- **Per le terapie oncologiche e dialisi:** quella della singola prestazione.

10.4 Lingua della documentazione

La documentazione medica in lingua diversa dall'Italiano, dall'inglese, dal francese e dal tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese sostenute dalla Compagnia per la traduzione sono a carico dell'Assicurato.

10.5 Accertamenti della Compagnia

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire ogni informazione necessaria e presentare la documentazione medica richiesta.

Inoltre, l'Assicurato e, nel caso, i suoi familiari e gli aventi diritto, devono consentire la visita dei medici incaricati dalla Compagnia e qualsiasi indagine o accertamento ritenuti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto:

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi a partire dalla denuncia di sinistro.

10.6 Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede, gli eredi aventi diritto alla prestazione per rimborso già denunciato o ancora da denunciare devono:

- avvisare la Compagnia il prima possibile
- presentare ulteriore documentazione quale:
 - certificato di morte dell'Assicurato
 - copia autenticata dell'eventuale testamento o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - estremi del testamento
 - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire
 - se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - l'Assicurato 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
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Compagnia a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'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 il bonifico per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in questo Modulo.

10.7 Uso di medici e strutture convenzionati

Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato deve accedervi solo in Assistenza diretta.

Non è ammesso il Regime rimborsuale.

10.8 Prestazioni intramoenia

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche. Sono le prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa.

10.9 Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità di polizza rientrano nel massimale dell'annualità di esecuzione della prestazione stessa. Non sono ammesse fatture in acconto.

Facciamo un esempio

Qualora la polizza abbia ricorrenza annua il 20 febbraio 2022 e l'Assicurato richieda un VoucherSalute® il 10 dicembre 2021 e, in base alla disponibilità dell'agenda della struttura sanitaria, la prestazione venisse erogata il 20 marzo 2022, sarà indennizzata a valere su massimale previsto per l'annualità di polizza 2022.

10.10 Imposte e oneri amministrativi

Sono carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura.

ARTICOLO 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI

Assistenza diretta

Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta, la Centrale operativa:

- rilascia all'Assicurato un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dell'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)
- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria. Il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa.

Regime rimborsuale

La Compagnia si impegna a pagare l'indennizzo eventualmente dovuto all'Assicurato entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

Dopo questo periodo la Compagnia dovrà corrispondere gli interessi di mora (ovvero gli interessi maturati nel periodo di ritardato pagamento) agli aventi diritto sino alla data dell'effettivo pagamento. Gli interessi si calcolano dal giorno del ritardo al tasso legale, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

ARTICOLO 12. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Cliente o l'Assicurato devono comunicare alla Compagnia se hanno stipulato altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, la Compagnia non è tenuta a pagare l'indennizzo. In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. Il Cliente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, la Compagnia può esercitare il diritto di regresso.

Riferimento normativo: art. 1910 del Codice Civile

da sapere: l'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. La Compagnia che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.

GLOSSARIO

ANNUALITA' DI POLIZZA

Periodo che va dall'inizio della copertura del Modulo alla scadenza della polizza.

APPENDICE CONTRATTUALE

Il documento sottoscritto dal Contraente per l'acquisto o per l'eliminazione di Moduli (rispetto al contratto di polizza) o per la variazione dell'opzione prescelta.

ASSICURATO

La persona residente in Italia il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

ASSICURAZIONE

Contratto con il quale Intesa Sanpaolo RBM Salute copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nel Modulo.

ASSISTENZA DIRETTA

Modalità di erogazione delle prestazioni con cui la Compagnia paga le prestazioni sanitarie in copertura, prenotate tramite la Centrale Operativa, direttamente alla struttura sanitaria del Network.

CARENZA

Il periodo di tempo durante il quale le coperture non hanno effetto. Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della polizza.

CENTRO MEDICO

Struttura, anche non adibita al ricovero:

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
 - dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
 - non finalizzata a trattamenti estetici.
-

COMPAGNIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. con sede legale in Italia, a Venezia – Mestre (VE), via Lazzari 5, 30174

CONTRAENTE/CLIENTE

La persona che sottoscrive il Modulo con Intesa Sanpaolo RBM Salute.

CONVIVENZA MORE UXORIO

La convivenza more uxorio è la relazione affettiva e solidaristica che lega due persone in comunione di vita senza il vincolo del matrimonio.

DATA EVENTO

- Data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento
 - Data della singola prestazione terapeutica per lo specifico evento
-

DIFETTO FISICO-MALFORMAZIONE

Alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
 - che deriva da anomalia congenita.
-

EVENTO

- Prestazioni diagnostiche e analisi di laboratorio: accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
 - Terapie oncologiche e dialisi: ogni singola prestazione terapeutica.
-

FRANCHIGIA

Importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

INDENNIZZO

Somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve pagare in caso di sinistro se sono riconosciuti i requisiti di indennizzabilità.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate

INTRAMOENIA

Prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica:

- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale
- per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital, pubblici o privati, autorizzati a dare assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura:

- gli stabilimenti termali
- le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative
- le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni in strutture sanitarie
- istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio e che può essere verificata. La gravidanza non è considerata malattia.

MALATTIE MENTALI

Le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

MASSIMALE

Importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia.

MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE

Pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

MODULI

Le coperture assicurative acquistabili con la polizza XME Protezione.

MODULO DI POLIZZA

Documento sottoscritto dalle Parti che riporta i dati anagrafici dell'Assicurato, i Moduli acquistati, massimali, il premio e la durata delle coperture assicurative.

NETWORK

Rete convenzionata di Previmedical – Servizi per sanità integrativa., 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.

NUCLEO FAMILIARE

Coniuge o persona unita civilmente o convivente more uxorio e figli, anche della persona unita civilmente e del convivente more uxorio, compresi i figli adottivi o in affido.

E' ammessa l'inclusione nel nucleo familiare dei soggetti sopra citati anche se non conviventi con il Contraente e anche se non fiscalmente a carico.

PANDEMIA

Epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

PREMIO

Somma dovuta dal Contraente alla Compagnia come corrispettivo dei moduli acquistati.

QUESTIONARIO SANITARIO

Documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato:

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Costituisce parte integrante della Polizza.

REGIME RIMBORSUALE

Modalità di erogazione delle prestazioni con cui Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Modulo.

RIMBORSO

Somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

RISCHIO

Possibilità che si verifichi l'evento per il quale si è assicurati.

SCOPERTO

Percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

SINISTRO

Vedi "EVENTO".

SPORT PROFESSIONISTICO/GARE PROFESSIONISTICHE

Attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.)

Servizio Sanitario erogato dallo Stato Italiano.

ALLEGATO 1- Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Diagnostica e Analisi

		BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Diagnostica e terapie oncologiche/dialisi		comprese oncologiche e dialisi	comprese oncologiche e dialisi	comprese oncologiche e dialisi	comprese oncologiche e dialisi
Massimale	in Network	€ 2.000 franchigia € 55 a prestazione	€ 4.000 franchigia € 55 a prestazione	€ 6.000 franchigia € 35 a prestazione	€ 8.000 nessun franchigia
	fuori Network	scoperto 20% min. € 75 a prestazione	scoperto 20% min. € 55 a prestazione	scoperto 20% min. € 35 a prestazione	scoperto 20% a prestazione
	ticket	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia
Analisi di laboratorio					
Massimale	in Network	€ 500 franchigia € 55 a fattura	€ 750 franchigia € 35 a fattura	€ 1.500 franchigia € 25 a fattura	€ 2.000 franchigia € 15 a fattura
	Network	scoperto 20% min. € 55 a fattura	scoperto 20% min. € 35 a fattura	scoperto 20% min. € 25 a fattura	scoperto 20% min. € 15 a fattura
	ticket	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

DIAGNOSTICA

BASE - Diagnostica

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,615	1,692	1,571	1,571
2	1,619	1,591	1,636	1,636
3	1,912	1,886	1,861	1,889
4	1,600	1,606	1,642	1,618
5	1,471	1,462	1,464	1,473
6	1,386	1,387	1,385	1,383
7	1,325	1,326	1,323	1,321
8	1,281	1,277	1,281	1,277
9	1,247	1,247	1,243	1,246
10	1,463	1,465	1,466	1,465
11	1,006	1,006	1,006	1,006
12	1,008	1,004	1,004	1,006
13	1,008	1,009	1,006	1,007
14	1,007	1,006	1,006	1,006
15	1,009	1,007	1,007	1,008
16	1,009	1,009	1,007	1,007
17	1,009	1,009	1,008	1,008
18	1,010	1,009	1,007	1,011
19	1,011	1,009	1,008	1,008
20	1,003	1,006	1,004	1,007
21	1,011	1,011	1,012	1,013
22	1,011	1,012	1,012	1,013
23	1,011	1,014	1,013	1,014
24	1,014	1,013	1,013	1,013

25	1,012	1,012	1,016	1,014
26	1,013	1,014	1,014	1,015
27	1,014	1,014	1,015	1,016
28	1,014	1,014	1,014	1,016
29	1,014	1,016	1,017	1,016
30	1,015	1,015	1,016	1,017
31	1,015	1,015	1,015	1,017
32	1,015	1,017	1,017	1,017
33	1,017	1,017	1,016	1,017
34	1,012	1,014	1,012	1,014
35	1,005	1,003	1,006	1,005
36	1,003	1,006	1,007	1,005
37	1,005	1,006	1,006	1,006
38	1,005	1,006	1,005	1,005
39	1,006	1,006	1,007	1,006
40	1,005	1,006	1,006	1,005
41	1,005	1,004	1,006	1,005
42	1,006	1,007	1,007	1,007
43	1,004	1,006	1,006	1,006
44	1,006	1,007	1,007	1,006
45	1,006	1,007	1,007	1,007
46	1,004	1,005	1,007	1,006
47	1,006	1,006	1,007	1,007
48	1,005	1,006	1,007	1,008
49	1,005	1,007	1,007	1,007
50	1,007	1,006	1,009	1,007
51	1,006	1,008	1,007	1,008
52	1,005	1,006	1,008	1,007
53	1,006	1,007	1,009	1,008
54	1,001	1,003	1,001	1,001
55	1,008	1,007	1,001	1,002
56	1,006	1,006	1,002	1,002
57	1,009	1,007	1,002	1,002
58	1,007	1,007	1,002	1,003
59	1,008	1,007	1,002	1,002
60	1,008	1,008	1,002	1,002
61	1,008	1,007	1,002	1,002
62	1,007	1,008	1,002	1,003
63	1,009	1,008	1,002	1,002
64	1,008	1,008	1,002	1,002
65	1,009	1,008	1,002	1,003
66	1,009	1,007	1,003	1,003
67	1,009	1,008	1,002	1,002
68	1,009	1,007	1,002	1,003
69	1,008	1,008	1,002	1,003
70	1,009	1,008	1,002	1,002
71	1,009	1,007	1,003	1,003
72	1,008	1,008	1,002	1,002
73	1,005	1,003	1,012	1,014
74	1,005	1,004	1,013	1,012

75	1,004	1,003	1,012	1,014
76	1,004	1,004	1,013	1,012
77	1,004	1,003	1,013	1,013
78	1,005	1,003	1,012	1,013
79	1,004	1,004	1,011	1,013
80	1,005	1,003	1,013	1,013

BASE - Analisi

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,600	1,600	1,700	1,700
2	1,563	1,625	1,588	1,588
3	1,920	1,885	1,889	1,889
4	1,625	1,612	1,608	1,608
5	1,474	1,481	1,463	1,463
6	1,383	1,376	1,392	1,392
7	1,321	1,323	1,323	1,323
8	1,281	1,277	1,276	1,276
9	1,249	1,250	1,248	1,252
10	1,461	1,462	1,463	1,462
11	1,006	1,006	1,006	1,006
12	1,008	1,006	1,004	1,006
13	1,008	1,006	1,006	1,006
14	1,006	1,008	1,008	1,008
15	1,010	1,008	1,006	1,008
16	1,008	1,008	1,008	1,009
17	1,010	1,008	1,007	1,007
18	1,010	1,010	1,007	1,007
19	1,010	1,008	1,009	1,011
20	1,006	1,008	1,004	1,007
21	1,011	1,011	1,011	1,013
22	1,011	1,011	1,013	1,012
23	1,011	1,013	1,014	1,014
24	1,013	1,014	1,014	1,014
25	1,013	1,012	1,014	1,015
26	1,014	1,014	1,014	1,015
27	1,014	1,014	1,015	1,015
28	1,014	1,015	1,015	1,016
29	1,014	1,015	1,015	1,016
30	1,015	1,015	1,016	1,017
31	1,015	1,016	1,017	1,016
32	1,016	1,016	1,016	1,017
33	1,016	1,016	1,017	1,020
34	1,011	1,014	1,012	1,013
35	1,005	1,005	1,006	1,004
36	1,005	1,006	1,007	1,006
37	1,003	1,003	1,004	1,006
38	1,006	1,006	1,006	1,006

39	1,003	1,006	1,007	1,006
40	1,005	1,004	1,006	1,006
41	1,006	1,007	1,007	1,007
42	1,005	1,006	1,007	1,006
43	1,005	1,004	1,006	1,007
44	1,006	1,007	1,007	1,007
45	1,006	1,006	1,007	1,005
46	1,004	1,007	1,007	1,008
47	1,004	1,006	1,008	1,007
48	1,006	1,007	1,008	1,007
49	1,007	1,006	1,007	1,007
50	1,006	1,007	1,008	1,008
51	1,006	1,008	1,007	1,007
52	1,006	1,006	1,009	1,008
53	1,007	1,007	1,007	1,008
54	1,00000	1,004	1,003	1,00000
55	1,008	1,007	1,001	1,003
56	1,007	1,007	1,003	1,003
57	1,007	1,007	1,003	1,001
58	1,010	1,007	1,000	1,001
59	1,007	1,007	1,003	1,003
60	1,008	1,008	1,001	1,003
61	1,008	1,007	1,003	1,003
62	1,008	1,008	1,003	1,003
63	1,009	1,008	1,001	1,001
64	1,007	1,008	1,001	1,003
65	1,009	1,008	1,003	1,003
66	1,009	1,008	1,003	1,004
67	1,008	1,008	1,003	1,001
68	1,009	1,009	1,001	1,003
69	1,009	1,006	1,003	1,002
70	1,009	1,009	1,003	1,002
71	1,009	1,007	1,001	1,002
72	1,009	1,008	1,003	1,002
73	1,005	1,004	1,013	1,014
74	1,004	1,002	1,012	1,012
75	1,005	1,004	1,013	1,012
76	1,005	1,004	1,012	1,014
77	1,005	1,004	1,013	1,013
78	1,004	1,004	1,013	1,013
79	1,005	1,002	1,013	1,011
80	1,005	1,004	1,009	1,014

SILVER - Diagnostica

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,700	1,700	1,636	1,727
2	1,588	1,647	1,611	1,579

3	1,926	1,893	1,897	1,900
4	1,596	1,604	1,600	1,614
5	1,470	1,482	1,477	1,467
6	1,385	1,373	1,377	1,393
7	1,320	1,324	1,324	1,319
8	1,278	1,279	1,283	1,278
9	1,249	1,249	1,243	1,249
10	1,463	1,462	1,466	1,462
11	1,008	1,006	1,002	1,002
12	1,010	1,007	1,005	1,002
13	1,008	1,006	1,004	1,002
14	1,011	1,007	1,004	1,002
15	1,009	1,007	1,005	1,002
16	1,009	1,009	1,005	1,002
17	1,013	1,007	1,005	1,003
18	1,013	1,009	1,005	1,002
19	1,012	1,009	1,005	1,003
20	1,007	1,007	1,0000	1,0000
21	1,014	1,016	1,017	1,019
22	1,017	1,017	1,019	1,020
23	1,015	1,017	1,018	1,020
24	1,015	1,018	1,021	1,021
25	1,018	1,016	1,019	1,020
26	1,016	1,019	1,021	1,022
27	1,021	1,020	1,020	1,021
28	1,016	1,017	1,023	1,022
29	1,020	1,021	1,022	1,023
30	1,018	1,019	1,022	1,023
31	1,021	1,020	1,023	1,023
32	1,019	1,021	1,024	1,023
33	1,020	1,021	1,023	1,025
34	1,018	1,016	1,016	1,017
35	1,004	1,004	1,005	1,006
36	1,005	1,005	1,004	1,005
37	1,005	1,005	1,005	1,006
38	1,005	1,005	1,005	1,006
39	1,005	1,007	1,005	1,006
40	1,005	1,004	1,005	1,006
41	1,007	1,007	1,005	1,007
42	1,005	1,005	1,006	1,006
43	1,007	1,006	1,005	1,007
44	1,005	1,005	1,006	1,007
45	1,006	1,006	1,006	1,006
46	1,006	1,008	1,005	1,008
47	1,006	1,006	1,006	1,007
48	1,006	1,006	1,006	1,008
49	1,006	1,006	1,006	1,008
50	1,008	1,007	1,006	1,007
51	1,007	1,007	1,007	1,008
52	1,007	1,006	1,007	1,008

53	1,006	1,007	1,006	1,009
54	1,005	1,007	1,001	1,006
55	1,007	1,010	1,006	1,003
56	1,008	1,011	1,006	1,004
57	1,007	1,010	1,005	1,004
58	1,009	1,012	1,007	1,002
59	1,008	1,010	1,007	1,004
60	1,008	1,011	1,005	1,003
61	1,009	1,010	1,007	1,004
62	1,008	1,011	1,007	1,003
63	1,009	1,012	1,006	1,004
64	1,008	1,010	1,007	1,004
65	1,009	1,012	1,007	1,004
66	1,009	1,011	1,007	1,004
67	1,009	1,012	1,007	1,004
68	1,010	1,011	1,006	1,003
69	1,008	1,011	1,006	1,005
70	1,010	1,012	1,007	1,004
71	1,010	1,011	1,006	1,004
72	1,009	1,012	1,007	1,004
73	1,004	1,001	1,016	1,016
74	1,004	1,002	1,015	1,016
75	1,006	1,002	1,016	1,016
76	1,004	1,002	1,016	1,016
77	1,005	1,001	1,016	1,015
78	1,005	1,002	1,015	1,016
79	1,004	1,002	1,015	1,016
80	1,005	1,001	1,013	1,015

SILVER - Analisi

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,700	1,700	1,636	1,727
2	1,588	1,647	1,611	1,579
3	1,926	1,893	1,897	1,900
4	1,596	1,604	1,600	1,614
5	1,470	1,482	1,477	1,467
6	1,385	1,373	1,377	1,393
7	1,320	1,324	1,324	1,319
8	1,278	1,279	1,283	1,278
9	1,249	1,249	1,243	1,249
10	1,463	1,462	1,466	1,462
11	1,008	1,006	1,002	1,002
12	1,010	1,007	1,005	1,002
13	1,008	1,006	1,00358	1,002
14	1,011	1,007	1,004	1,002
15	1,009	1,007	1,005	1,002
16	1,009	1,009	1,005	1,002

17	1,013	1,007	1,005	1,003
18	1,013	1,009	1,005	1,002
19	1,012	1,009	1,005	1,003
20	1,007	1,007	1,000	1,000
21	1,014	1,016	1,017	1,019
22	1,017	1,017	1,019	1,020
23	1,015	1,017	1,018	1,020
24	1,015	1,018	1,021	1,021
25	1,018	1,016	1,019	1,020
26	1,016	1,019	1,021	1,22
27	1,021	1,020	1,020	1,021
28	1,016	1,017	1,023	1,022
29	1,020	1,021	1,022	1,023
30	1,018	1,019	1,022	1,023
31	1,021	1,020	1,023	1,023
32	1,019	1,021	1,024	1,023
33	1,020	1,021	1,023	1,025
34	1,018	1,016	1,016	1,017
35	1,004	1,004	1,005	1,006
36	1,005	1,005	1,004	1,005
37	1,005	1,005	1,005	1,006
38	1,005	1,005	1,005	1,006
39	1,005	1,007	1,005	1,006
40	1,005	1,004	1,005	1,006
41	1,007	1,007	1,005	1,007
42	1,005	1,005	1,006	1,006
43	1,007	1,006	1,005	1,007
44	1,005	1,005	1,006	1,007
45	1,006	1,006	1,006	1,006
46	1,006	1,008	1,005	1,008
47	1,006	1,006	1,006	1,007
48	1,006	1,006	1,006	1,008
49	1,006	1,006	1,006	1,008
50	1,008	1,007	1,006	1,007
51	1,007	1,007	1,007	1,008
52	1,007	1,006	1,007	1,008
53	1,006	1,007	1,006	1,009
54	1,005	1,007	1,001	1,006
55	1,007	1,010	1,006	1,003
56	1,008	1,011	1,006	1,004
57	1,007	1,010	1,005	1,004
58	1,009	1,012	1,007	1,002
59	1,008	1,010	1,007	1,004
60	1,008	1,011	1,005	1,003
61	1,009	1,010	1,007	1,004
62	1,008	1,011	1,007	1,003
63	1,009	1,012	1,006	1,004
64	1,008	1,010	1,007	1,004
65	1,009	1,012	1,007	1,004
66	1,009	1,011	1,007	1,004

67	1,009	1,012	1,007	1,004
68	1,010	1,011	1,006	1,003
69	1,008	1,011	1,006	1,005
70	1,010	1,012	1,007	1,004
71	1,10	1,011	1,006	1,004
72	1,009	1,012	1,007	1,004
73	1,004	1,001	1,016	1,016
74	1,004	1,002	1,015	1,016
75	1,006	1,002	1,016	1,016
76	1,004	1,002	1,016	1,016
77	1,005	1,001	1,016	1,015
78	1,005	1,002	1,015	1,016
79	1,004	1,002	1,015	1,016
80	1,005	1,001	1,013	1,015

GOLD - Diagnostica

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,750	1,750	1,706	1,765
2	1,607	1,571	1,586	1,567
3	1,867	1,932	1,891	1,872
4	1,607	1,612	1,609	1,625
5	1,467	1,467	1,471	1,469
6	1,384	1,378	1,383	1,381
7	1,325	1,325	1,323	1,324
8	1,281	1,278	1,279	1,281
9	1,245	1,247	1,247	1,246
10	1,466	1,465	1,466	1,465
11	1,019	1,022	1,024	1,026
12	1,021	1,025	1,024	1,025
13	1,022	1,024	1,026	1,028
14	1,022	1,027	1,027	1,030
15	1,024	1,028	1,029	1,029
16	1,025	1,029	1,030	1,032
17	1,026	1,031	1,031	1,033
18	1,028	1,030	1,032	1,034
19	1,027	1,032	1,033	1,034
20	1,024	1,027	1,029	1,029
21	1,013	1,048	1,046	1,044
22	1,015	1,047	1,048	1,045
23	1,014	1,048	1,046	1,045
24	1,016	1,048	1,047	1,045
25	1,015	1,048	1,048	1,045
26	1,016	1,048	1,046	1,045
27	1,016	1,048	1,047	1,045
28	1,018	1,047	1,047	1,045
29	1,016	1,047	1,046	1,045
30	1,018	1,046	1,046	1,045

31	1,018	1,046	1,046	1,044
32	1,019	1,045	1,045	1,044
33	1,019	1,045	1,045	1,043
34	1,011	1,043	1,039	1,040
35	1,025	1,003	1,003	1,002
36	1,026	1,003	1,002	1,002
37	1,026	1,003	1,003	1,002
38	1,026	1,003	1,002	1,002
39	1,027	1,004	1,003	1,002
40	1,026	1,004	1,002	1,002
41	1,026	1,004	1,003	1,002
42	1,027	1,003	1,003	1,002
43	1,027	1,004	1,003	1,003
44	1,027	1,004	1,003	1,002
45	1,026	1,004	1,003	1,003
46	1,026	1,004	1,003	1,003
47	1,027	1,004	1,003	1,002
48	1,026	1,004	1,004	1,003
49	1,026	1,004	1,003	1,003
50	1,027	1,004	1,004	1,002
51	1,026	1,004	1,003	1,003
52	1,026	1,005	1,003	1,003
53	1,026	1,004	1,004	1,003
54	1,025	1,001	1,000	1,000
55	1,001	1,003	1,002	1,003
56	1,001	1,003	1,002	1,003
57	1,002	1,003	1,001	1,003
58	1,001	1,003	1,002	1,003
59	1,002	1,003	1,002	1,003
60	1,002	1,004	1,002	1,003
61	1,001	1,003	1,002	1,003
62	1,002	1,003	1,002	1,003
63	1,002	1,004	1,002	1,003
64	1,002	1,003	1,002	1,004
65	1,002	1,003	1,002	1,003
66	1,002	1,004	1,002	1,003
67	1,002	1,004	1,002	1,004
68	1,002	1,004	1,002	1,003
69	1,002	1,004	1,002	1,004
70	1,002	1,004	1,002	1,004
71	1,002	1,004	1,002	1,003
72	1,002	1,004	1,003	1,004
73	1,008	1,005	1,010	1,010
74	1,008	1,005	1,010	1,010
75	1,008	1,005	1,010	1,010
76	1,008	1,005	1,010	1,010
77	1,008	1,005	1,010	1,010
78	1,008	1,006	1,010	1,010
79	1,008	1,005	1,010	1,010
80	1,009	1,005	1,010	1,010

GOLD - Analisi

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,750	1,750	1,615	1,692
2	1,571	1,524	1,619	1,591
3	1,879	1,938	1,882	1,857
4	1,597	1,613	1,609	1,615
5	1,475	1,470	1,466	1,467
6	1,384	1,381	1,384	1,383
7	1,322	1,325	1,325	1,324
8	1,277	1,283	1,278	1,277
9	1,249	1,243	1,249	1,250
10	1,462	1,466	1,464	1,464
11	1,019	1,022	1,022	1,024
12	1,020	1,025	1,026	1,027
13	1,022	1,024	1,027	1,027
14	1,023	1,027	1,027	1,029
15	1,024	1,027	1,029	1,030
16	1,025	1,029	1,030	1,032
17	1,027	1,031	1,030	1,032
18	1,027	1,030	1,032	1,035
19	1,027	1,032	1,032	1,032
20	1,025	1,027	1,030	1,029
21	1,014	1,047	1,046	1,045
22	1,014	1,049	1,047	1,044
23	1,014	1,047	1,047	1,045
24	1,015	1,047	1,048	1,046
25	1,014	1,049	1,047	1,045
26	1,017	1,047	1,047	1,045
27	1,015	1,048	1,046	1,046
28	1,017	1,047	1,047	1,044
29	1,017	1,047	1,046	1,045
30	1,017	1,046	1,046	1,043
31	1,017	1,046	1,046	1,044
32	1,018	1,046	1,045	1,044
33	1,018	1,045	1,045	1,043
34	1,019	1,043	1,039	1,040
35	1,026	1,003	1,002	1,002
36	1,025	1,003	1,002	1,001
37	1,027	1,003	1,002	1,002
38	1,026	1,003	1,002	1,002
39	1,027	1,003	1,002	1,002
40	1,027	1,004	1,002	1,002
41	1,026	1,004	1,003	1,003
42	1,026	1,004	1,002	1,002
43	1,026	1,004	1,003	1,002
44	1,027	1,004	1,002	1,002

45	1,027	1,004	1,004	1,002
46	1,027	1,004	1,003	1,002
47	1,027	1,004	1,003	1,003
48	1,026	1,004	1,003	1,002
49	1,026	1,004	1,003	1,003
50	1,026	1,004	1,004	1,002
51	1,027	1,004	1,003	1,002
52	1,025	1,005	1,004	1,004
53	1,026	1,004	1,004	1,002
54	1,024	1,002	1,001	1,000
55	1,002	1,003	1,002	1,003
56	1,001	1,004	1,002	1,003
57	1,002	1,003	1,002	1,003
58	1,002	1,004	1,002	1,003
59	1,001	1,003	1,002	1,003
60	1,001	1,004	1,002	1,003
61	1,002	1,003	1,002	1,003
62	1,002	1,003	1,002	1,003
63	1,002	1,003	1,002	1,003
64	1,002	1,003	1,002	1,003
65	1,002	1,004	1,002	1,004
66	1,001	1,003	1,002	1,003
67	1,002	1,004	1,001	1,003
68	1,002	1,003	1,002	1,003
69	1,002	1,004	1,002	1,004
70	1,002	1,004	1,002	1,003
71	1,002	1,004	1,002	1,004
72	1,002	1,004	1,002	1,003
73	1,008	1,005	1,010	1,011
74	1,009	1,005	1,010	1,010
75	1,008	1,006	1,010	1,010
76	1,008	1,005	1,011	1,010
77	1,009	1,005	1,010	1,010
78	1,008	1,005	1,010	1,010
79	1,009	1,005	1,010	1,010
80	1,008	1,005	1,008	1,010

PLATINUM - Diagnostica

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,714	1,655	1,724	1,700
2	1,583	1,604	1,600	1,588
3	1,895	1,896	1,888	1,901
4	1,618	1,616	1,609	1,617
5	1,472	1,466	1,473	1,470
6	1,382	1,384	1,383	1,383
7	1,323	1,324	1,323	1,324
8	1,279	1,279	1,279	1,279

9	1,247	1,247	1,247	1,246
10	1,465	1,465	1,464	1,465
11	1,026	1,030	1,031	1,034
12	1,028	1,031	1,034	1,036
13	1,029	1,034	1,035	1,038
14	1,031	1,035	1,037	1,039
15	1,032	1,037	1,038	1,040
16	1,033	1,037	1,039	1,042
17	1,034	1,039	1,040	1,042
18	1,035	1,039	1,041	1,043
19	1,035	1,040	1,042	1,044
20	1,029	1,040	1,042	1,042
21	1,004	1,022	1,029	1,028
22	1,005	1,022	1,029	1,028
23	1,004	1,023	1,030	1,029
24	1,005	1,024	1,030	1,030
25	1,004	1,024	1,031	1,030
26	1,005	1,025	1,031	1,031
27	1,005	1,025	1,031	1,031
28	1,005	1,025	1,032	1,031
29	1,006	1,026	1,032	1,032
30	1,006	1,026	1,032	1,031
31	1,006	1,026	1,033	1,032
32	1,007	1,027	1,033	1,032
33	1,007	1,027	1,033	1,033
34	1,003	1,022	1,029	1,031
35	1,027	1,009	1,003	1,003
36	1,027	1,009	1,003	1,003
37	1,028	1,009	1,003	1,003
38	1,027	1,009	1,003	1,003
39	1,027	1,010	1,003	1,003
40	1,027	1,010	1,004	1,003
41	1,027	1,010	1,003	1,003
42	1,027	1,010	1,004	1,003
43	1,028	1,011	1,004	1,003
44	1,027	1,010	1,004	1,003
45	1,027	1,010	1,004	1,004
46	1,027	1,011	1,004	1,004
47	1,027	1,011	1,004	1,004
48	1,027	1,011	1,004	1,004
49	1,027	1,011	1,004	1,004
50	1,027	1,012	1,004	1,004
51	1,027	1,011	1,004	1,004
52	1,027	1,012	1,004	1,004
53	1,026	1,012	1,005	1,004
54	1,022	1,012	1,004	1,002
55	1,002	1,007	1,006	1,006
56	1,003	1,007	1,006	1,006
57	1,003	1,007	1,006	1,006
58	1,003	1,007	1,006	1,006

59	1,003	1,007	1,006	1,006
60	1,003	1,007	1,006	1,006
61	1,003	1,008	1,006	1,006
62	1,003	1,008	1,006	1,007
63	1,003	1,008	1,006	1,006
64	1,003	1,008	1,007	1,007
65	1,003	1,008	1,006	1,006
66	1,003	1,008	1,006	1,007
67	1,003	1,008	1,006	1,007
68	1,003	1,008	1,007	1,007
69	1,003	1,008	1,007	1,007
70	1,003	1,008	1,007	1,007
71	1,003	1,008	1,006	1,007
72	1,003	1,008	1,007	1,007
73	1,009	1,005	1,012	1,012
74	1,010	1,005	1,012	1,012
75	1,009	1,005	1,012	1,012
76	1,010	1,005	1,012	1,012
77	1,010	1,005	1,012	1,012
78	1,009	1,005	1,012	1,012
79	1,010	1,005	1,012	1,012
80	1,010	1,005	1,012	1,012

PLATINUM - Analisi

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,733	1,733	1,688	1,688
2	1,538	1,577	1,556	1,593
3	1,925	1,902	1,905	1,907
4	1,610	1,603	1,613	1,610
5	1,468	1,472	1,473	1,477
6	1,385	1,386	1,384	1,379
7	1,321	1,322	1,323	1,323
8	1,279	1,279	1,279	1,278
9	1,246	1,246	1,247	1,248
10	1,465	1,466	1,465	1,465
11	1,026	1,030	1,032	1,034
12	1,028	1,032	1,033	1,036
13	1,029	1,033	1,036	1,037
14	1,031	1,035	1,036	1,039
15	1,032	1,037	1,038	1,040
16	1,033	1,038	1,039	1,041
17	1,033	1,038	1,040	1,042
18	1,036	1,040	1,041	1,042
19	1,035	1,039	1,041	1,044
20	1,029	1,040	1,042	1,042

21	1,005	1,022	1,028	1,029
22	1,004	1,023	1,030	1,029
23	1,005	1,023	1,030	1,030
24	1,005	1,023	1,030	1,030
25	1,006	1,024	1,030	1,030
26	1,006	1,025	1,032	1,030
27	1,006	1,025	1,032	1,031
28	1,005	1,026	1,032	1,032
29	1,005	1,026	1,032	1,031
30	1,006	1,026	1,032	1,032
31	1,007	1,026	1,033	1,033
32	1,006	1,027	1,033	1,032
33	1,006	1,027	1,033	1,032
34	1,003	1,021	1,028	1,031
35	1,027	1,009	1,003	1,003
36	1,027	1,009	1,003	1,003
37	1,027	1,009	1,003	1,003
38	1,028	1,009	1,003	1,003
39	1,027	1,009	1,003	1,003
40	1,028	1,009	1,004	1,003
41	1,028	1,010	1,003	1,004
42	1,028	1,010	1,004	1,003
43	1,027	1,010	1,004	1,003
44	1,028	1,011	1,004	1,003
45	1,027	1,010	1,004	1,004
46	1,027	1,010	1,004	1,003
47	1,027	1,011	1,004	1,004
48	1,027	1,011	1,004	1,004
49	1,027	1,011	1,004	1,004
50	1,027	1,011	1,005	1,004
51	1,027	1,011	1,005	1,004
52	1,027	1,011	1,004	1,004
53	1,027	1,012	1,005	1,004
54	1,022	1,011	1,004	1,001
55	1,003	1,007	1,005	1,006
56	1,003	1,007	1,006	1,006
57	1,003	1,007	1,006	1,006
58	1,003	1,008	1,006	1,006
59	1,003	1,007	1,006	1,006
60	1,003	1,007	1,006	1,006
61	1,003	1,007	1,006	1,006
62	1,003	1,008	1,006	1,006
63	1,003	1,007	1,006	1,007
64	1,003	1,008	1,006	1,007
65	1,003	1,008	1,006	1,007
66	1,003	1,009	1,007	1,007
67	1,003	1,008	1,007	1,007
68	1,003	1,008	1,006	1,006
69	1,003	1,008	1,007	1,007

70	1,003	1,008	1,007	1,007
71	1,003	1,008	1,007	1,007
72	1,003	1,009	1,006	1,007
73	1,009	1,005	1,012	1,012
74	1,010	1,005	1,012	1,012
75	1,010	1,005	1,013	1,012
76	1,010	1,005	1,012	1,012
77	1,009	1,005	1,012	1,012
78	1,010	1,005	1,013	1,012
79	1,009	1,005	1,012	1,013
80	1,010	1,005	1,009	1,012

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

Il presente questionario serve per verificare se la Compagnia può accettare il rischio per il Modulo Diagnostica ed analisi in relazione all' attuale stato di salute (assumibilità del rischio) dell'Assicurato (**Nome/Cognome**).

N	Domande	Risposta
1	Sei affetto da dipendenza da sostanze psicotrope (alcol, stupefacenti, farmaci non prescritti a seguito di terapie mediche) o da sieropositività HIV?	Si - No
2	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas (compreso diabete), del fegato, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o urogenitale e/o del sistema endocrino e/o da una neoplasia maligna?	Si - No
2.1	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica, angioma epatico) e/o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ?	Si - No
2.1.1	"Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o urogenitale e/o del sistema endocrino? Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia, asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite, ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali, tiroide di hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo. Rispondere ""No"" nel caso in cui l'Assicurato non sia affetto da alcuna patologia o sia affetto da una o più patologie indicate come non rilevanti (è possibile selezionare più di una risposta diversa da ""No"")	- Malattia cardiovascolare - Malattia dei vasi cerebrali (ad es. ischemia, trombosi, emorragia) - Malattia del pancreas (escluso diabete) - Malattia del/i polmone/i - Malattia del sistema urologico e/o urogenitale - Malattia del sistema endocrino (compreso diabete) - No
3	Stai attualmente seguendo cure per una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas (escluso diabete), del fegato, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o urogenitale e/o del sistema endocrino (compreso diabete) e/o da una neoplasia maligna?	Si - No
3.1	Stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ad es. ischemia, trombosi, emorragia) e/o per malattie del pancreas (escluso diabete), che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) e/o stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci, chemioterapia, radioterapia) per neoplasie maligne?	Si - No
3.2	Stai attualmente seguendo cure per malattie cardiovascolari, malattie del fegato, malattie del/i polmone/i, malattie del sistema urologico e/o urogenitale, malattie del sistema endocrino (compreso diabete)?	Si - No

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

N	Domande	Risposta
3.2.1	Stai attualmente seguendo cure (ad es. assunzione di farmaci) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- No - Cura per malattie cardiovascolari - Cura per malattie del fegato - Cura per malattie del/i polmone/i - Cura per malattie del sistema urologico e/o urogenitale - Cura per malattie del sistema endocrino (compreso diabete)
4	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi, quale ad esempio una malattia dell'apparato digerente, una malattia del sangue, una malattia dell'apparato urologico e/o uro-genitale, una malattia del sistema osteo-articolare, una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) o hai sofferto di paralisi o da una forma di cecità o hai presentato uno stato di coma?	Si - No
4.1	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato digerente (escluse stipsi, gastrite, ernia iatale, colite funzionale) e/o una malattia del sangue e/o una paralisi e/o alcuna forma di cecità, che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi e/o hai presentato uno stato di coma?	Si - No
4.1.1	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato urologico e/o uro-genitale, una malattia del sistema osteo-articolare o una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi? Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertrofia prostatica, artrosi e/o osteoporosi. Rispondere "No" nel caso in cui l'Assicurato non sia affetto da alcuna patologia o sia affetto da una o più patologie indicate come non rilevanti (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- Malattia dell'apparato urologico e/o uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) - Malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) - Malattia del sistema endocrino (compreso diabete) - No
5	Soffri di una patologia neurologica (ad es. sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer) o sei affetto da una disabilità?	Si - No
5.1	Soffri di sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, se in forma iniziale)?	Si - No
5.1.1	Soffri di una forma iniziale di morbo di Parkinson o di altra disabilità non grave?	Si - No
6	Hai avuto il riconoscimento di un'invalidità permanente (o hai fatto domanda per ottenerla) e/o sei stato affetto negli ultimi 2 anni da una qualche inabilità temporanea?	Si - No
6.1	Ti è stata riconosciuta un'invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o hai fatto domanda per ottenerla?	Si - No

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

N	Domande	Risposta
7	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi), di disturbi neurologici del movimento o di patologie del sistema nervoso centrale o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
7.1	Attualmente soffri di disturbi neurologici del movimento e/o di patologie del sistema nervoso centrale (ad esempio: malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, SLA, Sclerosi multipla) e/o di distrofia muscolare?	Si - No
7.2	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare e/o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
7.2.1	Attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/ muscolare (escluso artrosi) (ad es.: artrite, ernie discali)?	Si - No
7.2.2	Hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
8	Attualmente soffri di una malattia reumatologica(ad es. connettivite mista e/o indifferenziata, lupus eritematoso sistemico (LES), poliartrite nodosa e/o sclerodermia)?	Si - No
8.1	Attualmente soffri di lupus eritematoso sistemico (LES)?	Si - No
8.1.1	Attualmente soffri di connettivite mista e/o indifferenziata, poliartrite nodosa e/o sclerodermia? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- No - Connettivite mista e/o indifferenziata - Poliartrite nodosa - Sclerodermia
9	Nell'ultimo anno sei stato sottoposto a terapie oncologiche e/o immunitarie?	Si - No
9.1	Negli ultimi 5 anni hai effettuato almeno un accertamento diagnostico/esame di laboratorio i cui esiti hanno portato ad una diagnosi di patologia?	Si - No
9.1.1	Effettui annualmente esami specialistici di approfondimento (quali, ad esempio, TAC, RM, MOC, holter, scintigrafia)?	Si - No
9.1.2	Esegui semestralmente esami di laboratorio non finalizzati a controlli generici (quali, ad esempio, glicemia, azotemia, transaminasi, trigliceridi, colesterolo)?	Si - No

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasnpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 160.000.000 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT1 1991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.