

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

Compagnia: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Prodotto: XME Protezione – Modulo Malattie Gravi +

Data di aggiornamento: 15/07/2022

Il documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

La polizza può essere sottoscritta esclusivamente da chi è titolare di un conto corrente presso Intesa Sanpaolo.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

L'impresa di assicurazione - denominata nel seguito "Compagnia" - è Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., Società del Gruppo Intesa Sanpaolo.

Sede legale: Via Lazzari, 5 - Venezia Mestre

tel. +39 041 2518798

sito internet: www.intesasanpaolorbmsalute.com;

e-mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione con il numero 1.00161 appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

In base all'ultimo bilancio d'esercizio disponibile, redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. dispone della seguente situazione patrimoniale:

Patrimonio netto: 492.561.713 €	
Di cui Capitale sociale: 269.000.000 €	Di cui Riserve patrimoniali: 549.279.567 €

Per informazioni più approfondite sulla società consulta la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito al seguente link:

https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/informazioni_societarie

Di seguito un dettaglio dei principali dati presenti nella relazione:

Requisito patrimoniale di solvibilità (SCR)	Requisito patrimoniale minimo (MCR)	Fondi propri ammissibili per copertura del SCR	Fondi propri ammissibili per copertura del MCR	Indice di solvibilità (solvency ratio)
400.016.993 €	100.004.248 €	438.839.834 €	378.837.285 €	110%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

MODULO MALATTIE GRAVI +



Che cosa è assicurato?

Massimali

Puoi scegliere tra tre livelli di copertura, alternativi tra loro. L'importo del massimale varia a seconda del livello scelto

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Malattie Gravi			
Pagamento una tantum	€ 100.000 una tantum (diminuiti al 50% dopo i 65 anni)	€ 200.000 una tantum (diminuiti al 50% dopo i 65 anni)	€ 300.000 una tantum (diminuiti al 50% dopo i 65 anni)
Second opinion	Una tantum	Una tantum	Una tantum
Visita di controllo			
In Network	1 volta l'anno	1 volta l'anno	1 volta l'anno

Coperture assicurative offerte

Malattie gravi

Indennità una tantum se all'Assicurato viene diagnosticata, per la prima volta, dopo la data di decorrenza del Modulo, una delle seguenti gravi patologie

- ✓ Infarto miocardico
- ✓ Cancro
- ✓ Ictus
- ✓ Insufficienza renale
- ✓ Insufficienza epatica
- ✓ Trapianto d'organo
- ✓ Coma
- ✓ Malattia del motoneurone
- ✓ Sclerosi multipla
- ✓ Paralisi di un arto intero
- ✓ Morbo di Parkinson
- ✓ Morbo di Alzheimer
- ✓ Demenze causate da Alzheimer

Second opinion

Secondo parere medico, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica, una sola volta per l'intera durata della copertura assicurativa per le seguenti patologie

- ✓ Infarto miocardico
- ✓ Cancro
- ✓ Ictus
- ✓ Insufficienza renale
- ✓ Insufficienza epatica
- ✓ Trapianto d'organo
- ✓ Coma
- ✓ Malattia del motoneurone
- ✓ Sclerosi multipla
- ✓ Paralisi di un arto intero
- ✓ Morbo di Parkinson
- ✓ Morbo di Alzheimer
- ✓ Demenze causate da Alzheimer

Visita di controllo

Una visita specialistica gratuita per ciascuna annualità di polizza in qualsiasi specializzazione.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

[MODULO MALATTIE GRAVI +](#)

Non sono previste opzioni a fronte di un pagamento di premio

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

[MODULO MALATTIE GRAVI +](#)

Non sono previste opzioni per le quali è prevista una riduzione del premio



Che cosa NON è assicurato?

[MODULO MALATTIE GRAVI +](#)

Rischi esclusi

Non è assicurabile chi, quando comincia la copertura assicurativa:

- * ha meno di 18 anni
- * ha più di 70 anni
- * non è residente in Italia

Non è, inoltre, assicurabile chi, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risulti in una o più delle seguenti condizioni:

- * è alcolista, tossicodipendente e affetto da sieropositività HIV
- * non è residente in Italia
- * svolge una delle seguenti professioni:
 - acrobata trapezista
 - artista controfigura
 - aviazione civile (piloti e membri di equipaggio)
 - chimico o fisico nel comparto dell'energia o della fabbricazione degli esplosivi
 - collaudatore di auto o motoveicoli dipendente di case automobilistiche e/o motociclistiche
 - guida alpina
 - addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali
 - operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare
 - operaio di impianti di energia nucleare
 - sommozzatore o palombaro
 - speleologo
 - titolare o dipendente con lavoro manuale (in cava con uso di esplosivi, in cantieri edili o in cantieri di sistemazione idraulica entrambi collocati in gallerie, pozzi e simili o che utilizzino esplosivi, in miniera)
 - elisoccorso
 - addetto alla disinfestazione
 - addetto allo smaltimento dei rifiuti speciali (incluso uso amianto)

Le attività di volontariato, che si sostanziano in attività che escludono l'assicurabilità, sono equiparabili alle attività professionali.

- * stia seguendo cure (ad es. assunzione 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
- * sia affetto 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)
- * abbia una invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o che abbiano fatto



Che cosa NON è assicurato?

domanda per ottenerla

- * sia affetto 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
- * sia affetto da Lupus eritematoso sistemico (LES)

Inoltre, non può essere assicurato chi risulti, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, che nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell'appendice contrattuale:

- * sia 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*
- * sia stato affetto da una malattia dell'apparato digerente (escluse stipsi, gastrite), e/o una malattia del sangue, e/o una paralisi, e/o una forma di cecità che abbia richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi, e/o sia stato in coma.

Non è, inoltre, assicurabile chi, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, abbia almeno sei delle seguenti condizioni:

- * è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia
- * è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dei vasi cerebrali (ad es. ischemia, trombosi, emorragia) diversa da cefalea e/o emicrania
- * è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del pancreas (escluso diabete)
- * è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite
- * è 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
- * è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo
- * sta attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- * sta attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del fegato che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- * sta 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)
- * sta 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)
- * sta 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)
- * è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dell'apparato uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- * è 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
- * è 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
- * è affetto da forma iniziale di Parkinson o altre disabilità non gravi
- * negli ultimi 2 anni è 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
- * è affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali)
- * ha subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura



Che cosa NON è assicurato?

- * è affetto da connettivite mista e/o indifferenziata
- * è affetto da poliartrite nodosa
- * è affetto da sclerodermia.

È esclusa dalla garanzia l'insorgenza di una malattia grave causata direttamente o indirettamente da:

- * attività dolosa del Cliente o Assicurato
- * partecipazione dell'Assicurato o Cliente a delitti dolosi
- * eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti
- * danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo
- * uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- * infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Sono escluse le seguenti patologie:

- * altre sindromi coronariche acute diverse dall'infarto miocardico
- * angina senza infarto miocardico
- * carcinoma in situ, cancro in situ, cancro non invasivo, displasia e tutte le condizioni pre-maligne
- * carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
- * tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
- * carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcoma protuberante
- * cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina...) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili
- * attacco ischemico transitorio (TIA)
- * lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni
- * emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente; anomalie riscontrate alla TAC o alla RMI in assenza di chiara sintomatologia clinica di ictus e relativi deficit neurologici
- * trapianto di altri organi diversi dal cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, midollo osseo, parti di organi, tessuti o cellule
- * trapianto parziale o l'impiego di cellule staminali
- * coma farmacologico
- * coma secondario legato all'abuso di alcool o sostanze stupefacenti
- * Sindrome Parkinsoniana e Parkinsonismo
- * altre forme di demenza diverse dal Morbo di Alzheimer
- * altre forme di demenza non dovute ad Alzheimer.



Ci sono limiti di copertura?

MODULO MALATTIE GRAVI +

Non sono previsti scoperti e franchigie per le prestazioni del Modulo.

Per la garanzia Malattie Gravi:

- ! l'indennizzo è corrisposto se la patologia grave viene diagnosticata all'Assicurato per la prima volta, dopo la data di decorrenza del modulo, a condizione che non sia insorta prima dell'inizio della copertura. L'Assicurato, per avere diritto alle prestazioni, dovrà essere in vita al momento della diagnosi
- ! in caso di Infarto miocardico, la diagnosi deve essere confermata da un aumento e/o caduta dei biomarker cardiaci (Troponina I, Troponina T o CK-MB) rispetto al livello considerato diagnostico di infarto miocardico acuto e da almeno 2 dei seguenti criteri:
 - ! segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un infarto miocardico acuto
 - ! nuovi cambiamenti nell'ECG caratteristici di un infarto miocardico acuto
 - ! riscontri nella diagnostica ad immagini di nuova perdita di vitalità del miocardio o nuova anomalia del movimento della parete regionale
- ! in caso di Ictus, la comparsa improvvisa di nuovi riscontri neurologici, deve essere coerente con la diagnosi di ictus, devono persistere continuativamente ed essere oggettivamente riscontrabili almeno 60 giorni successivi all'evento
- ! in caso di Insufficienza renale la diagnosi deve richiedere permanentemente dialisi regolare
- ! in caso di Insufficienza epatica La diagnosi deve attestare una patologia cronica del fegato che risulta in uno stadio terminale di insufficienza epatica dovuto a cirrosi. Devono essere presenti tutti i seguenti: ittero permanente, asciti, encefalopatia epatica.
- ! in caso di coma, la diagnosi deve attestare uno stato di incoscienza permanente e irreversibile, caratterizzato dall'assenza di reazioni a stimoli esterni o bisogni interni. Lo stato di incoscienza deve:
 - ! richiedere l'utilizzo di sistemi di supporto delle funzionalità vitali per un periodo continuativo di almeno 96 ore
 - ! essere associato ad un deficit neurologico permanente, con persistenza della sintomatologia clinica
- ! in caso di Malattia del motoneurone, la diagnosi deve attestare a livello clinico la compromissione permanente e irreversibile della funzionalità motoria
- ! in caso di Sclerosi multipla la diagnosi deve attestare la presenza di una compromissione clinica della funzionalità motoria o sensoriale, con una durata continuativa di almeno 6 mesi.
- ! In caso di Paralisi di un arto intero la diagnosi deve attestare la perdita totale, permanente e irreversibile della funzionalità muscolare di un arto intero
- ! in caso di Morbo di Parkinson la diagnosi deve attestare a livello clinico la compromissione irreversibile della funzionalità motoria associata a tremore e/o rigidità muscolare
- ! in caso di Morbo di Alzheimer la diagnosi deve attestare a livello clinico la perdita permanente e irreversibile della capacità di svolgere tutte le seguenti attività:
 - ! ricordare
 - ! ragionare
 - ! percepire, comprendere, esprimere e concretizzare idee e pensieri.

La Second Opinion può essere richiesta entro 6 mesi dalla maturazione del diritto all'indennizzo cioè dal momento della prima diagnosi.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

MODULO MALATTIE GRAVI +

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?	DENUNCIA DI SINISTRO	<p>L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o può richiedere il pagamento dell'indennizzo una tantum per Malattie gravi contattando la Centrale Operativa al numero 800.124.124.</p> <p>L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o può richiedere il pagamento dell'indennizzo una tantum per Malattie gravi anche tramite:</p> <ul style="list-style-type: none">- App Intesa Sanpaolo Assicurazioni- Internet Banking di Intesa Sanpaolo. <p>In alternativa l'Assicurato può denunciare il sinistro, limitatamente alla richiesta di pagamento dell'indennizzo per Malattie gravi, inviando richiesta scritta a:</p> <p>Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. c/o Previmedical S.p.A. Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV)</p> <p>oppure all'indirizzo pec comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com o all'indirizzo e-mail sinistrixmp@intesasanpaolorbmsalute.com</p> <p>Il Cliente può richiedere il pagamento dell'indennizzo una tantum per Malattie gravi anche nell'Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura, che gestisce l'Area Clienti di XME Protezione.</p>
	ASSISTENZA DIRETTA/IN CONVENZIONE	Le prestazioni vengono erogate tramite la Centrale Operativa grazie ad una specifica convenzione sottoscritta con Previmedical – Servizi per sanità integrativa.
	GESTIONE DA PARTE DI ALTRE IMPRESE	Non sono previste prestazioni fornite da altre Compagnie
	PRESCRIZIONE	I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952 del Codice Civile).
DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.	
OBBLIGHI DELL'IMPRESA	<ul style="list-style-type: none">✓ Regime di assistenza diretta: rilasciare il VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di autorizzazione completa se le verifiche tecnico-mediche-assicurative hanno avuto esito positivo✓ Pagamento dell'indennizzo una tantum: disporre il pagamento entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di indennizzo completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria e se, a seguito dell'Istruttoria, il sinistro è risultato indennizzabile.	



Quando e come devo pagare?

MODULO MALATTIE GRAVI +

PREMI	Ad ogni annualità di polizza successiva a quella dell'acquisto il premio è incrementato in funzione dell'età dell'Assicurato e può variare in caso di cambio di residenza dall'Assicurato.
RIMBORSI	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

MODULO MALATTIE GRAVI +

DURATA	<p>Sono previsti dei periodi in cui la copertura non è operante (c.d. periodo di carenza). In particolare, le prestazioni operano dalle ore 24 del 90° giorno di decorrenza del Modulo e dell'Appendice Contrattuale.</p> <p>A seguito della liquidazione del capitale assicurato, il Modulo si estingue e nessun'ulteriore prestazione sarà prevista nel caso in cui venga diagnosticata una seconda grave patologia.</p> <p>In ogni caso, al compimento dei 70 anni dell'Assicurato, alla scadenza della successiva annualità di polizza, le coperture del Modulo non saranno più rinnovabili.</p>
SOSPENSIONE	Non è prevista la sospensione del contratto.



Come posso disdire la polizza?

MODULO MALATTIE GRAVI +

RIPENSAMENTO DOPO LA STIPULAZIONE	Se il Cliente acquista il Modulo mediante tecniche di comunicazione a distanza o al di fuori dei locali della Banca e non ha denunciato sinistri alla Compagnia ha diritto di recedere dalla polizza entro 14 giorni dalla data di decorrenza.
RISOLUZIONE	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



A chi è rivolto questo prodotto?

MODULO MALATTIE GRAVI +

Il prodotto è rivolto a persone fisiche maggiorenni, residenti in Italia, titolari di un conto corrente presso le Banche del Gruppo Intesa Sanpaolo, che abbiano un bisogno di protezione per sé stessi o per la propria famiglia, in caso di gravi malattie.

La sottoscrizione della polizza XME Protezione è libera e non necessaria per ottenere prodotti e servizi bancari (come ad esempio finanziamenti, carte di pagamento e mutui).



Quali costi devo sostenere?

MODULO MALATTIE GRAVI +

La quota parte percepita dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal contratto, è pari al 24% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

MODULO MALATTIE GRAVI +

ALLA COMPAGNIA

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Ufficio Reclami
Via Lazzari, 5 - 30174 Venezia Mestre (VE)

Fax: 0110932609

Email: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com

Pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

compilando online il modulo: <https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html>

La Compagnia dovrà fornire riscontro al reclamo entro il termine di 45 giorni dal ricevimento dello stesso.

ALL'IVASS

In caso di esito insoddisfacente del reclamo o in caso di assenza di risposta o di risposta tardiva da parte della Compagnia è possibile rivolgersi all'Autorità di Vigilanza competente in materia:

IVASS

Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

Fax: 06.42133206

PEC: ivass@pec.ivass.it

Info su: www.ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

MEDIAZIONE

Con l'assistenza necessaria di un avvocato, l'Assicurato può interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98) per raggiungere un accordo tra le parti.

Il tentativo di mediazione costituisce la condizione per poter procedere con una causa civile.

La richiesta di mediazione può essere inviata a:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Ufficio Reclami
Via Lazzari, 5 - 30174 Venezia Mestre (VE)

oppure all'indirizzo PEC: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

NEGOZIAZIONE ASSISTITA

Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.

La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.

ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

Per la risoluzione extragiudiziale delle controversie tra un consumatore residente nell'Unione Europea e Intesa Sanpaolo RBM Salute relative a polizze acquistate sul sito internet della Compagnia o di Intesa Sanpaolo, è disponibile la piattaforma web "Risoluzione online delle controversie" istituita dalla Commissione Europea con il Regolamento UE n. 524/2013 accessibile all'indirizzo: <https://ec.europa.eu/consumers/odr/>

La piattaforma mette a disposizione l'elenco degli Organismi di risoluzione extragiudiziale delle controversie tra cui è possibile, di comune accordo, individuare l'Organismo a cui demandare la risoluzione della controversia. L'indirizzo di posta elettronica della Compagnia è reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

MODULO MALATTIE GRAVI +

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE- AREA CLIENTI), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.