

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

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

Prodotto: XME Protezione – Modulo Sostegno e Assistenza

Data di realizzazione: 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 Mln €	
Di cui Capitale sociale: 269 Mln €	Di cui Riserve patrimoniali: 549.279.567 Mln €

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 Mln €	100.004.248 Mln €	438.839.834 Mln €	378.837.285 Mln €	110%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

MODULO SOSTEGNO E ASSISTENZA



Che cosa è assicurato?

Massimali	Puoi scegliere tra quattro livelli di copertura, alternativi tra loro. L'importo del massimale varia a seconda del livello scelto			
		SILVER	GOLD	PLATINUM
	Garanzia Sostegno			
	65 – 69 anni	€ 2.500	€ 3.500	€ 7.500
	70 – 74 anni	€ 2.500	€ 3.500	€ 7.500
	75 – 79 anni	€ 2.500	€ 3.300	€ 7.100
	80 – 90 anni	€ 1.800	€ 2.500	€ 5.400
	Garanzia Assistenza			
	Massimale annuo	€ 4.000		
	Sub-massimale per evento	€ 1.600		
	Numero massimo di eventi per annualità	3		
	Durata massima delle prestazioni socioassistenziali per evento	15 gg		
Coperture assicurative offerte	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.			

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

MODULO SOSTEGNO E ASSISTENZA

Non sono previste opzioni a fronte di un pagamento di premio

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

MODULO SOSTEGNO E ASSISTENZA

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



Che cosa NON è assicurato?

MODULO SOSTEGNO E ASSISTENZA

Rischi esclusi

Non è possibile assicurare le persone che al momento della sottoscrizione del Modulo:

- * abbiano età inferiore ai 65 anni
- * abbiano almeno 75 anni e un giorno o, se sono state già assicurate con il Modulo nei precedenti 5 anni e in tale periodo l'Assicurato non ha mai dato disdetta alla polizza o dal Modulo di cui erano assicurate, abbiano più di 90 anni
- * non siano residenti in Italia

Non sono inoltre assicurabili le persone che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino in una o più delle seguenti condizioni:

- * siano affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
- * stiano seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari quali ischemia, trombosi ed emorragia, per malattie dei vasi cerebrali o per malattie del pancreas (escluso diabete) che non consentono il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) o cure farmacologiche, chemioterapiche, radioterapiche per neoplasie



Che cosa NON è assicurato?

maligne di qualsiasi organo o tessuto

- * 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)
- * abbiano un'invalidità permanente uguale o superiore al 33% o abbiano fatto domanda per ottenerla
- * 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, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Sclerosi multipla) o distrofia muscolare
- * siano affette da Lupus eritematoso sistemico (LES).

Non è inoltre possibile assicurare le persone che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino essere state, nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell' Appendice contrattuale, in una delle seguenti condizioni:

- * affette da neoplasia maligna di qualsiasi organo o tessuto diversa da un tumore in situ o affetto da una malattia del fegato diversa da:
 - Sindrome di Gilbert
 - epatite virale non cronicizzata
 - steatosi epatica
 - calcolosi colecistica
 - angioma epatico
- * affette da una malattia dell'apparato digerente diversa da:
 - stipsi
 - gastrite
 - ernia iatale
 - colite funzionale

che abbiano richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi

- * affette da:
 - una malattia del sangue
 - una paralisi
 - una qualsiasi forma di cecità

che abbiano richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi

- * abbiano presentato uno stato di coma.

Non sono inoltre assicurabili le persone che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino trovarsi in almeno sei delle seguenti condizioni:

- * essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia:
 - cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta o iperdislipidemia
 - dei vasi cerebrali
 - del pancreas (diversa da diabete)
 - del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite o rinite
 - del sistema urologico o urogenitale diversa da ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali
 - del sistema endocrino (compreso diabete) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo o iperparatiroidismo
- * stare attualmente seguendo cure (ad es. assunzione di farmaci) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) per:
 1. malattie cardiovascolari
 2. malattie del fegato
 3. malattie del/i polmone/i
 4. malattie del sistema urologico o urogenitale
 5. malattie del sistema endocrino (compreso diabete)

- * essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi:



Che cosa NON è assicurato?

1. dell'apparato urologico o urogenitale (escluso ipertrofia prostatica)
2. del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi)
3. del sistema endocrino (compreso diabete)

- * essere stato affetto da forma iniziale di Parkinson o altra disabilità non grave
- * 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
- * essere affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi)
- * aver subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico o ingessatura
- * essere affetto da:
 1. connettivite mista o indifferenziata
 2. poliartrite nodosa
 3. sclerodermia.

La Compagnia non fornisce alcuna prestazione in caso di non autosufficienza o insorgenza dello stato d'emergenza che sia conseguenza diretta di:

- * infortuni avvenuti alla guida di veicoli in genere in stato di ubriachezza o in conseguenza di azioni delittuose dell'Assicurato o di atti di autolesionismo
- * infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo il caso di uso a scopo terapeutico) o di sostanze allucinogene
- * infortuni che derivino dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con respiratore, 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 comportino l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e downhill
- * infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
- * infortuni o malattie che siano 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
- * infortuni o malattie che siano conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- * infortuni o malattie che siano conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- * malattie mentali o assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
- * interventi di chirurgia plastica a scopo estetico
- * trattamenti di medicina alternativa o complementare
- * a conseguenze dirette o indirette di pandemie.



Ci sono limiti di copertura?

MODULO SOSTEGNO E ASSISTENZA

- ! Il Modulo non prevede scoperti a carico dell'Assicurato.
- ! Per la Garanzia Assistenza le prestazioni possono essere fruite per il periodo massimo di durata del piano assistenziale e nei limiti dei massimali di polizza per un numero massimo di 3 eventi per annualità di polizza.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

MODULO SOSTEGNO E ASSISTENZA

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?	DENUNCIA DI SINISTRO	GARANZIA SOSTEGNO L'Assicurato può richiedere il pagamento dell'indennità tramite: <ul style="list-style-type: none">• Centrale Operativa al numero 800.124.124• App Intesa Sanpaolo Assicurazioni• Internet Banking di Intesa Sanpaolo• Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura, che gestisce l'Area Clienti di XME Protezione• 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. GARANZIA ASSISTENZA Per attivare le prestazioni assicurative ed effettuare la denuncia di sinistro l'Assicurato, il Contraente o un soggetto terzo devono contattare la Centrale Operativa di ICC ai numeri: dall'Italia 800.124.124, dall'Estero +39 02.30328013, oppure tramite l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni.
	ASSISTENZA DIRETTA/IN CONVENZIONE	Le prestazioni vengono erogate tramite la Centrale Operativa di International Care Company grazie ad una specifica convenzione sottoscritta fra quest'ultima e la Compagnia.
	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: la Centrale Operativa di ICC, una volta accertato lo stato di emergenza, approva e invia il PAI all'assicurato entro 6 ore dalla ricezione della documentazione completa. Tali prestazioni sono erogate entro 48 ore dal verificarsi dello stato di emergenza e necessità dell'assicurato, e comunque successivamente alla predisposizione del PAI.✓ Regime indennitario: la Compagnia dispone 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 SOSTEGNO E ASSISTENZA

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 SOSTEGNO E ASSISTENZA

DURATA	<p>Sono previsti dei periodi in cui la copertura non è operante. In particolare, per la garanzia Sostegno le prestazioni operano dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale in caso di malattia (Carenza).</p> <p>Non sono previste carenze per la garanzia Assistenza e per la garanzia Sostegno in caso di infortunio.</p> <p>In ogni caso, al compimento dei 90 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 SOSTEGNO E ASSISTENZA

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 SOSTEGNO E ASSISTENZA

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 riconoscimento di uno stato di emergenza per deficit deambulatorio, sensitivo, sensoriale o cognitivo che non consenta l'ordinario svolgimento delle attività quotidiane o in caso di non autosufficienza.

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 SOSTEGNO E ASSISTENZA

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 SOSTEGNO E ASSISTENZA

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@intesasnpaolorbmsalute.com

Pec: reclami@pec.intesasnpaolorbmsalute.com

compilando online il modulo: <https://www.intesasnpaolorbmsalute.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.intesasnpaolorbmsalute.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.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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 SOSTEGNO E ASSISTENZA

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.