



Modulo Malattie Gravi+

Appendice

alle Condizioni di Assicurazione della polizza XME Protezione

Edizione gennaio 2021

Dedicato ai correntisti di Intesa Sanpaolo

Modulo Malattie Gravi+





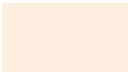
Caro Cliente,

il Modulo Malattie Gravi+ 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** (Art. 1 – 9) – Norme relative alle coperture assicurative acquistate
- **SEZIONE III** (Art. 10 - 11) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**

Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del **Modulo Malattie Gravi+** 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. 2 di 25
1.1 Malattie gravi	Pag. 2 di 25
1.2 Second Opinion	Pag. 4 di 25
1.3 Visita di controllo	Pag. 4 di 25
Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 4 di 25
2.1 Persone non assicurabili	Pag. 4 di 25
2.2 Esclusioni per tutte le garanzie	Pag. 6 di 25
2.3 Esclusioni in caso di Malattie gravi	Pag. 6 di 25
Articolo 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE	Pag. 7 di 25
Articolo 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 7 di 25
Articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Pag. 7 di 25
Articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 7 di 25
6.1 Carenze	Pag. 8 di 25
Articolo 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO	Pag. 8 di 25
Articolo 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO	Pag. 8 di 25
Articolo 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	Pag. 9 di 25

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Articolo 10. DENUNCIA DEL SINISTRO	Pag. 9 di 25
10.1 Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta	Pag. 9 di 25
10.1.1 Modalità per richiedere la visita di controllo	Pag. 9 di 25
10.1.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa	Pag. 9 di 25
10.1.1.2 Ricerca della Struttura	Pag. 10 di 25
10.1.1.3 Validità e riemissione del voucher Salute	Pag. 10 di 25
10.1.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni	Pag. 11 di 25
10.1.2 Per richiedere la Second Opinion	Pag. 11 di 25
10.1.3 Casi di rifiuto del sinistro	Pag. 11 di 25
10.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Domanda di pagamento una tantum per Malattie gravi	Pag. 12 di 25
10.3 Data dell'evento	Pag. 13 di 25
10.4 Lingua della documentazione	Pag. 13 di 25
10.5 Accertamenti della Compagnia	Pag. 13 di 25
10.6 Decesso dell'Assicurato	Pag. 14 di 25
10.7 Uso di medici e strutture convenzionati	Pag. 14 di 25
10.8 Imposte e oneri amministrativi	Pag. 14 di 25
Articolo 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI	Pag. 14 di 25

GLOSSARIO

Pag. 15 di 25

ALLEGATO 1 - Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Malattie Gravi+

Pag. 17 di 25

ALLEGATO 2 - Tabella dei coefficienti

Pag. 17 di 25

ALLEGATO 3 - Fac-simile Questionario Sanitario e delle Professioni non assicurabili

Pag. 23 di 25

PREMESSA

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del Modulo Malattie Gravi+ (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 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.

E' previsto il seguente regime 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.

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)

Sezione II

Il Modulo prevede:

- un pagamento una tantum in caso di prima diagnosi di una malattia grave
- un secondo parere medico (Second Opinion)
- una visita di controllo l'anno

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

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

Il Modulo è acquistabile indipendentemente dall'acquisto di altri Moduli.

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'atto dell'acquisto 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.

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

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

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:

- un pagamento una tantum in caso di prima diagnosi, documentata, di una delle seguenti patologie: infarto miocardico, cancro, ictus cerebrale, insufficienza renale, insufficienza epatica, trapianto d'organo, coma, malattia del motoneurone, sclerosi multipla, paralisi, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer e demenze causate da Alzheimer
- un secondo parere medico (Second Opinion) relativamente alle predette patologie
- una visita di controllo l'anno in Assistenza diretta

Il Modulo prevede 3 livelli di copertura: Silver, Gold e Platinum. Ogni livello di copertura è caratterizzato da un diverso massimale, come di seguito descritto:

	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 all'anno	1 volta all'anno	1 volta all'anno

Per ogni ulteriore dettaglio si rinvia all'Allegato 1 - Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Malattie Gravi+.

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 elencate di seguito.

1.1. Malattie Gravi

La Compagnia paga un indennizzo un tantum se all'Assicurato viene diagnosticata, per la prima volta, dopo la data di decorrenza del Modulo, una delle gravi patologie di seguito descritte, a condizione che la patologia non sia insorta prima della decorrenza della copertura:

- **Infarto miocardico:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (cardiologo) di infarto miocardico acuto. L'infarto miocardico acuto è la morte di una parte del miocardio causata da un mancato apporto di sangue nell'area interessata. 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:
 - o segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un infarto miocardico acuto
 - o nuovi cambiamenti nell'ECG caratteristici di un infarto miocardico acuto
 - o riscontri nella diagnostica ad immagini di nuova perdita di vitalità del miocardio
 - o nuova anomalia del movimento della parete regionale
- **Cancro:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (oncologo) di cancro. Il cancro è un tumore maligno diagnosticato come tale dall'esame istopatologico. Il cancro comprende linfomi maligni e malattie maligne del midollo osseo inclusa la leucemia.

da sapere: la Compagnia paga l'importo previsto contrattualmente indipendentemente dal costo della prestazione.

malattia del motoneurone:

gruppo di patologie neurologiche che affliggono selettivamente i soli motoneuroni, le cellule cerebrali (neuroni) che controllano l'attività della muscolatura volontaria, tra cui la parola, la camminata, la deglutizione, il respiro e i movimenti generali del corpo.

- **Ictus:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di ictus. L'ictus è la morte del tessuto cerebrale dovuta ad un apporto insufficiente di sangue o ad un'emorragia entrambi caratterizzati dalla comparsa improvvisa di nuovi riscontri neurologici, coerenti con la diagnosi di ictus, tali che devono persistere continuativamente ed essere oggettivamente riscontrabili almeno 60 giorni successivi all'evento. Sono richiesti nuovi riscontri alla TAC o alla RMI tali da confermare la diagnosi di ictus.
- **Insufficienza renale:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (nefrologo) di insufficienza renale terminale all'ultimo stadio di entrambi i reni. La diagnosi deve richiedere permanentemente dialisi regolare.
- **Insufficienza epatica:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (gastroenterologo) 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.
- **Trapianto d'organo:** il sottoporsi a un trapianto come ricevente di uno dei seguenti organi umani interi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, midollo osseo o l'inclusione in una lista ufficiale di trapianti italiana per tale procedura.
- **Coma:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) 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:
 - o richiedere l'utilizzo di sistemi di supporto delle funzionalità vitali per un periodo continuativo di almeno 96 ore
 - o essere associato ad un deficit neurologico permanente, con persistenza della sintomatologia clinica
- **Malattia del motoneurone:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di una delle seguenti malattie del motoneurone in presenza di sintomi permanenti e irreversibili: Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Paralisi Bulbare Progressiva (PBP), Sclerosi Laterale Primaria (SLP), Atrofia Muscolare Progressiva (AMP). La diagnosi deve attestare a livello clinico la compromissione permanente e irreversibile della funzionalità motoria.
- **Sclerosi multipla:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di Sclerosi Multipla in presenza di sintomi persistenti. La diagnosi deve attestare la presenza di una compromissione clinica della funzionalità motoria o sensoriale, con una durata continuativa di almeno 6 mesi.
- **Paralisi di un arto intero:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di paralisi di un arto intero. La diagnosi deve attestare la perdita totale, permanente e irreversibile della funzionalità muscolare di un arto intero.
- **Morbo di Parkinson:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo, geriatra) di Morbo di Parkinson in presenza di sintomi permanenti. La diagnosi deve attestare a livello clinico la compromissione irreversibile della funzionalità motoria associata a tremore e/o rigidità muscolare.
- **Morbo di Alzheimer:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo, psichiatra, geriatra) di Morbo di Alzheimer in presenza di sintomi permanenti e irreversibili. La diagnosi deve attestare a livello clinico la perdita permanente e irreversibile della capacità di svolgere tutte le seguenti attività:
 - o ricordare
 - o ragionare
 - o percepire, comprendere, esprimere e concretizzare idee e pensieri.
- **Demenze causate da Alzheimer:** demenze come sintomo e conseguenza dell'Alzheimer.

Per avere diritto alle prestazioni previste dalla presente garanzia, l'Assicurato dovrà essere in vita al momento della diagnosi.

Nel caso in cui la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta in un Paese diverso da Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, Repubblica di San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera, la Compagnia si riserva di richiedere, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione, conferma della diagnosi a una Struttura Sanitaria con sede in Italia. Nel caso in cui, invece, la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da uno dei Paesi inclusi nel precedente elenco, la Compagnia non si riserva di chiedere la conferma della diagnosi a una Struttura Sanitaria con sede in Italia.

Se il decesso avviene prima della conferma della diagnosi in Italia, non verrà corrisposto l'indennizzo previsto dal presente Modulo o dall'Appendice contrattuale. L'indennizzo è riconosciuto solo una volta e solo per una delle patologie elencate, per l'intera durata della copertura assicurativa.

1.2 Second Opinion

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può richiedere un secondo parere medico, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

La Second Opinion può essere fornita una sola volta per l'intera durata della copertura assicurativa.

Il parere può riguardare esclusivamente 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

L'Assicurato (o, se impossibilitato, chi è delegato dall'Assicurato) dovrà spiegare ai medici della Centrale Operativa il proprio caso, e dovrà inviare tutta la relativa documentazione medica.

I medici della Centrale Operativa verificheranno la documentazione pervenuta e la invieranno al centro medico convenzionato col Network specializzato in relazione alla patologia dell'Assicurato.

Entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione, la Centrale Operativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica.

La Compagnia si fa carico delle spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio.

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

1.3 Visita di controllo

È garantita la possibilità di effettuare, presso le strutture convenzionate del Network, una visita specialistica gratuita per ciascuna annualità di polizza, in qualsiasi specializzazione.

Non è richiesto che la visita sia relativa alle patologie elencate al punto 1.1.

La visita è garantita anche in caso di consulto o mero controllo; non è pertanto richiesta la prescrizione medica.

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 meno di 18 anni
- b) abbiano più di 70 anni
- c) siano affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
- d) non siano residenti in Italia
- e) svolgano una delle seguenti professioni:
 - acrobata trapezista
 - artista contropagina

- 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 amianto)

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

- f) stiano seguendo cure (ad es. assunzione farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (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
- g) 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 lieve)
- h) abbiano una invalidità totale e permanente con soglia uguale o superiore al 33% o che abbiano fatto domanda per ottenerla
- i) siano affette da disturbi neurologici del movimento o da patologie del sistema nervoso centrale (ad esempio: malattia del motoneurone, paresi, plegie, accessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, SLA, Sclerosi multipla, altro) o distrofia muscolare
- j) siano affette da Lupus eritematoso sistemico (LES)

2) nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell'Appendice contrattuale:

- k) siano state affette da una malattia del fegato diversa da Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica e/o angioma epatico e/o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ siano state affette da una malattia dell'apparato digerente diversa da stipsi e/o gastrite e/o da una malattia del sangue e/o da una paralisi e/o da una forma di cecità che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi e/o persone che negli ultimi 5 anni hanno presentato uno stato di coma

3) Sono inoltre inassicurabili le persone che abbiano almeno sei delle seguenti condizioni:

- a) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia
- b) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) diversa da cefalea e/o emicrania
- c) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del pancreas (diversa da diabete)
- d) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del/i polmone/i diversa da , bronchite acuta, polmonite e/o rinite
- e) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema urologico diversa da ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali
- f) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete mellito) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo
- g) stiano 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

Lupus eritematoso sistemico: malattia autoimmune cronica di natura infiammatoria che può colpire vari distretti anatomici del corpo umano.

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

Iperdislipidemia: aumento di quantità dei lipidi circolanti nel sangue, in particolare del colesterolo, dei trigliceridi, dei fosfolipidi (ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, iperfosfolipidemia). È una condizione clinica nella quale sono presenti nel sangue elevate concentrazioni di lipidi.

connettivite mista: malattia rara del tessuto connettivo caratterizzata dalla combinazione tra i segni clinici del lupus eritematoso sistemico (LES), della sclerosi sistemica (SS), della polimiosite (PM) (si vedano questi termini) e/o dell'artrite reumatoide (AR).

sclerodermia: malattia sistemica cronica a patogenesi autoimmune, caratterizzata da fibrosi (ispessimento) della cute e degli organi interni, alterazioni dei vasi di piccolo calibro e anomalie del sistema immunitario

- guarigione)
- i) stiano 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) stiano attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema urologico che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
 - k) stiano attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema endocrino (compreso diabete mellito) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
 - l) essere state affette 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
 - m) siano state affette 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) siano state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
 - o) siano state affette da forma lieve di Parkinson o altre disabilità non gravi
 - p) negli ultimi 2 anni siano state impossibilitate 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) siano affette da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali, altro)
 - r) abbiano subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura
 - s) siano affette da connettivite mista
 - t) siano affette da poliartrite nodosa
 - u) siano affette da sclerodermia.

Se, nel corso dell'annualità di polizza, l'Assicurato compie 70 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

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

- a) attività dolosa del Cliente o Assicurato
- b) partecipazione dell'Assicurato o Cliente a delitti dolosi
- c) 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
- d) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo
- e) uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- f) 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.

2.3 Esclusioni per Malattie Gravi

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

Da sapere:

AJCC: American Joint Committee on Cancer

- cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (, 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.

ARTICOLO 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE

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

ARTICOLO 4. DOVE VALGONO COPERTURE

La garanzia Malattie Gravi vale in tutto mondo.

La Visita di controllo e la Second Opinion possono essere effettuate solo in Italia.

I danni sono liquidati in Italia e in euro

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.

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 dal momento i cui 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 di 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 finiscono alla data di scadenza della polizza.

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.

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

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

Modulo nei tempi e con le modalità previste nella Sezione I delle Condizioni di Assicurazione della polizza.

Il rinnovo tacito del Modulo è possibile fino alla scadenza della quinta annualità successiva a quella della decorrenza della polizza o se precedente, alla scadenza della prima annualità di polizza successiva al compimento dei 65 anni dell'Assicurato.

A tali scadenze, se il Modulo è ancora acquistabile, sarà possibile rinnovare le coperture del Modulo alle condizioni vigenti a tale data, a condizione che venga compilato un nuovo Questionario Sanitario per consentire alla Compagnia di verificare i requisiti assicurabilità.

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.

ESEMPI

1. Il Cliente sottoscrive XME Protezione il 31/01/2021. Il 10 ottobre 2022 acquista anche il Modulo Malattie Gravi+. In assenza di disdetta della polizza o del Modulo da parte del Cliente o della Compagnia le coperture del Modulo Malattie Gravi+ si rinnovano tacitamente di anno in anno fino al 31/01/2027. Il Cliente potrà sottoscrivere nuovamente il Modulo Malattie Gravi+, ove ancora commercializzato, compilando un nuovo Questionario Sanitario.
2. Il Cliente sottoscrive XME Protezione il 31/01/2021 e acquista contestualmente il Modulo Ricoveri e interventi. Il 10 ottobre 2022 acquista anche il Modulo Malattie Gravi+. In assenza di disdetta della polizza o dei Moduli le coperture si rinnovano tacitamente di anno in anno, il Modulo Ricoveri e interventi fino al 31/01/2026 e il Modulo Malattie Gravi+ fino al 31/01/2027. Il Cliente potrà sottoscrivere nuovamente il Modulo Ricoveri e Interventi ed il Modulo Malattie Gravi+, ove ancora commercializzati, compilando i rispettivi Questionari Sanitari.
3. Il Cliente, nato il 27 gennaio 1960, sottoscrive XME Protezione e acquista contestualmente il Modulo Malattie Gravi+ il 30/04/2021, all'età di 61 anni. In assenza di disdetta della polizza o del Modulo, le coperture del Modulo si rinnovano tacitamente di anno in anno fino al 30/04/2025, ricorrenza annua successiva al compimento dei 65 anni del Cliente. In tale data il Cliente può sottoscrivere nuovamente il Questionario Sanitario e il modulo si rinnova tacitamente di anno in anno fino al 30/04/2030.

6.1 Carenze

Le prestazioni sono operanti a partire dalle ore 24 del 90° giorno di decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale.

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 l'Assicurato 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 alla Compagnia, inviando apposita comunicazione c/o 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 può richiedere il pagamento dell'indennizzo una tantum per Malattie gravi contattando la Centrale Operativa al numero 800.124.124.

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:

- 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 alla richiesta di pagamento dell'indennizzo per Malattie gravi, 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 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.

10.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta**10.1.1 Modalità per richiedere la visita di controllo**

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**.

La Centrale Operativa emette un VoucherSalute® che deve essere presentato alla Struttura sanitaria scelta.

Non rientrano nella garanzia le richieste dirette alle strutture sanitarie.

10.1.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

Non è necessario trasmettere alcun documento alla Centrale Operativa.

10.1.1.2 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 della richiesta, la Centrale Operativa:

- rilascia all'Assicurato un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta
- 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.

10.1.1.3 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®.

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 raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

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).i.

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.

10.1.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica alla prestazione autorizzata alla Centrale Operativa, perché questa, se i controlli amministrativi 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 derivino 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

- 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

10.1.2 Per richiedere la Second Opinion

Per richiedere la Second opinion, l'Assicurato (o, se impossibilitato, chi è stato delegato dall'Assicurato) deve contattare la Centrale Operativa chiamando i 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 e allegare la documentazione medica intestata all'Assicurato.

La Centrale Operativa, verificata la documentazione pervenuta, la invia al centro medico convenzionato con il Network e specializzato in relazione alla patologia dell'Assicurato.

Entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione, la Centrale Operativa invia all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica.

La Compagnia si fa carico delle spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio.

10.1.3 Casi di rifiuto del sinistro

La Compagnia respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- garanzia non prevista
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionata
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

10.2 Procedura di accesso alle prestazioni – Domanda di pagamento dell'indennizzo una tantum per Malattie Gravi

L'Assicurato o il Cliente possono richiedere il pagamento dell'indennizzo una tantum per Malattie gravi contattando la Centrale Operativa al numero 800.124.124.

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:

- 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 pagamento dell'indennizzo una tantum per Malattie gravi, 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 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.

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

a) Richiesta di indennizzo cartacea

Per ottenere l'indennizzo, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **modulo di richiesta di indennizzo (disponibile sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com oppure www.intesasanpaoloassicura.com)**. Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, la Compagnia prende in carico la richiesta solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. La richiesta deve essere accompagnata da documentazione comprovante la prima diagnosi durante il periodo di copertura di una delle patologie previste dal presente Modulo. In ogni caso, l'Assicurato deve allegare alla richiesta di indennizzo copia dei seguenti documenti:

1. **dichiarazione del medico specialista** che attesti la diagnosi di una delle patologie elencate nel presente Modulo
2. **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)**, relativa alla patologia oggetto del sinistro nel caso in cui abbia comportato ricovero
3. **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)

Per avere diritto alle prestazioni previste dal presente Modulo l'Assicurato dovrà essere in vita al momento della diagnosi.

a) Richiesta di indennizzo on line

In alternativa alla procedura di indennizzo cartaceo, il Cliente può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione medica 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 l'indennizzo 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
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di indennizzo da parte dell'Assicurato

La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di indennizzo se la documentazione giustificativa è incompleta.

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

10.3 Data dell'evento

- Quella della diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di pagamento dell'indennizzo una tantum
- per il solo trapianto di organo, quella in cui l'Assicurato viene inserito nelle liste d'attesa ufficiali di trapianti italiane o quella del trapianto, se non c'è stato l'inserimento nelle predette liste
- quella della richiesta di Second Opinion per il secondo parere medico
- quella della visita per la visita di controllo.

10.4 Lingua della documentazione

La documentazione 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 per chiedere l'indennizzo previsto dal presente Modulo 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 indennizzare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in questo Modulo.

Se il decesso avviene prima della conferma in Italia della diagnosi di una delle patologie previste dalla garanzia Malattie gravi, non verrà corrisposta alcuna indennità.

10.7 Uso di medici e strutture convenzionati

Per la visita di controllo l'Assicurato deve utilizzare un medico e una struttura convenzionati e ha sempre l'obbligo di accedervi solo in Assistenza diretta.

Anche la Second Opinion è garantita esclusivamente in Assistenza diretta.

Non è ammesso il Regime rimborsuale.

10.8 Imposte e oneri amministrativi

Sono carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

ARTICOLO 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI

Assistenza diretta

Per la visita di controllo, se superati positivamente i controlli amministrativi 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

Per la Second Opinion, entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta e della relativa documentazione medica, la Centrale Operativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica.

Richiesta di pagamento dell'indennizzo

La Compagnia si impegna a pagare l'indennizzo eventualmente dovuto all'Assicurato entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di indennizzo 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.

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 paga all'Assicurato le spese mediche connesse/rese necessarie da sinistro, malattia o infortunio, 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.

CARTELLA CLINICA

Insieme dei documenti ufficiali avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

COMPAGNIA

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

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

- quella della prima diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di indennità.
- quella dell'inserimento nelle liste d'attesa di trapianti italiane, o del trapianto, se non c'è stato l'inserimento nelle predette liste
- quella della richiesta di Second Opinion per il secondo parere medico
- quella della visita di controllo

EVENTO

- prima diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di indennità.
- per il solo trapianto di organo, l'inserimento nelle liste d'attesa di trapianti italiane o il trapianto se avvenuto senza il predetto inserimento
- la richiesta di Second Opinion per il secondo parere medico
- visita per la visita di controllo

FRANCHIGIA

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

INDENNITÀ

Una somma forfettaria.

INDENNIZZO

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

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.

MASSIMALE

Importo massimo indennizzabile per singola garanzia.

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 S.p.A., 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 anche se non conviventi, compresi i figli adottivi o in affido.

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.

RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

RISCHIO

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

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (S.D.O.)

Strumento che raccoglie le informazioni di ogni paziente dimesso dagli Istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

SCOPERTO

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

SINISTRO

Vedi "EVENTO"

ALLEGATO 1- Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Malattie Gravi +

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Malattie gravi	€ 100.000 (diminuiti al 50% dopo i 65 anni)	€ 200.000 (diminuiti al 50% dopo i 65 anni)	€ 300.000 (diminuiti al 50% dopo i 65 anni)
Second Opinion	una tantum	una tantum	una tantum
Visita di controllo in Network	1 volta all'anno	1 volta all'anno	1 volta all'anno

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

MALATTIE GRAVI		MALATTIE GRAVI		MALATTIE GRAVI	
MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI SILVER CLIENTE	MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	Prestazioni accessorie malattie gravi SILVER CLIENTE	MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI + Prestazioni accessorie malattie gravi SILVER CLIENTE
Età		Età		Età	
18	-	18	-	18	-
19	1,0042	19	1,0097	19	1,0050
20	1,0450	20	1,0096	20	1,0397
21	1,0080	21	1,0143	21	1,0089
22	1,0119	22	1,0141	22	1,0122
23	1,0531	23	1,0093	23	1,0468
24	1,0542	24	1,0138	24	1,0485
25	1,0612	25	1,0136	25	1,0548
26	1,0617	26	1,0134	26	1,0554
27	1,0600	27	1,0132	27	1,0542
28	1,0619	28	1,0130	28	1,0560
29	1,0594	29	1,0129	29	1,0541
30	1,0744	30	1,0127	30	1,0676
31	1,0775	31	1,0126	31	1,0707
32	1,0792	32	1,0165	32	1,0730
33	1,0709	33	1,0122	33	1,0654
34	1,0681	34	1,0161	34	1,0635
35	1,0715	35	1,0119	35	1,0664

36	1,0811	36	1,0156	36	1,0758
37	1,0959	37	1,0154	37	1,0898
38	1,1057	38	1,0152	38	1,0993
39	1,1120	39	1,0149	39	1,1057
40	1,1158	40	1,0147	40	1,1097
41	1,1214	41	1,0181	41	1,1158
42	1,1216	42	1,0142	42	1,1162
43	1,1203	43	1,0175	43	1,1156
44	1,1174	44	1,0172	44	1,1132
45	1,1134	45	1,0136	45	1,1096
46	1,1078	46	1,0167	46	1,1047
47	1,1022	47	1,0164	47	1,0995
48	1,0945	48	1,0194	48	1,0923
49	1,0918	49	1,0159	49	1,0897
50	1,0919	50	1,0188	50	1,0900
51	1,0925	51	1,0184	51	1,0907
52	1,0929	52	1,0151	52	1,0912
53	1,0937	53	1,0208	53	1,0922
54	1,0921	54	1,0174	54	1,0906
55	1,0913	55	1,0171	55	1,0899
56	1,0908	56	1,0197	56	1,0896
57	1,0911	57	1,0193	57	1,0900
58	1,0939	58	1,0189	58	1,0928
59	1,0935	59	1,0186	59	1,0925
60	1,0947	60	1,0182	60	1,0937
61	1,0930	61	1,0205	61	1,0921
62	1,0924	62	1,0201	62	1,0916
63	1,0913	63	1,0197	63	1,0906
64	1,0934	64	1,0193	64	1,0926
65	1,0933	65	1,0213	65	1,0926
66	0,5476	66	1,0208	66	0,5516

67	1,0937	67	1,0204	67	1,0925
68	1,0935	68	1,0200	68	1,0924
69	1,0909	69	1,0218	69	1,0899
70	1,0914	70	1,0213	70	1,0905

MALATTIE GRAVI		MALATTIE GRAVI		MALATTIE GRAVI	
MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI GOLD CLIENTE	MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	Prestazioni accessorie malattie gravi GOLD CLIENTE	MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI + Prestazioni accessorie malattie gravi GOLD CLIENTE
Età		Età		Età	
18	-	18	-	18	-
19	1,0042	19	1,0097	19	1,0046
20	1,0454	20	1,0096	20	1,0425
21	1,0072	21	1,0143	21	1,0077
22	1,0123	22	1,0141	22	1,0124
23	1,0535	23	1,0093	23	1,0501
24	1,0541	24	1,0138	24	1,0511
25	1,0609	25	1,0136	25	1,0574
26	1,0617	26	1,0134	26	1,0583
27	1,0600	27	1,0132	27	1,0569
28	1,0619	28	1,0130	28	1,0588
29	1,0597	29	1,0129	29	1,0568
30	1,0741	30	1,0127	30	1,0705
31	1,0775	31	1,0126	31	1,0739
32	1,0792	32	1,0165	32	1,0759
33	1,0709	33	1,0122	33	1,0680
34	1,0681	34	1,0161	34	1,0657
35	1,0715	35	1,0119	35	1,0688
36	1,0813	36	1,0156	36	1,0785
37	1,0957	37	1,0154	37	1,0925

38	1,1057	38	1,0152	38	1,1024
39	1,1120	39	1,0149	39	1,1088
40	1,1159	40	1,0147	40	1,1128
41	1,1212	41	1,0181	41	1,1183
42	1,1217	42	1,0142	42	1,1190
43	1,1202	43	1,0175	43	1,1178
44	1,1176	44	1,0172	44	1,1154
45	1,1132	45	1,0136	45	1,1113
46	1,1078	46	1,0167	46	1,1062
47	1,1023	47	1,0164	47	1,1009
48	1,0945	48	1,0194	48	1,0934
49	1,0918	49	1,0159	49	1,0907
50	1,0920	50	1,0188	50	1,0910
51	1,0924	51	1,0184	51	1,0915
52	1,0929	52	1,0151	52	1,0920
53	1,0937	53	1,0208	53	1,0930
54	1,0921	54	1,0174	54	1,0914
55	1,0912	55	1,0171	55	1,0905
56	1,0908	56	1,0197	56	1,0902
57	1,0911	57	1,0193	57	1,0906
58	1,0939	58	1,0189	58	1,0934
59	1,0935	59	1,0186	59	1,0930
60	1,0947	60	1,0182	60	1,0942
61	1,0930	61	1,0205	61	1,0925
62	1,0924	62	1,0201	62	1,0920
63	1,0913	63	1,0197	63	1,0909
64	1,0934	64	1,0193	64	1,0930
65	1,0932	65	1,0213	65	1,0929
66	0,5476	66	1,0208	66	0,5496
67	1,0937	67	1,0204	67	1,0931
68	1,0934	68	1,0200	68	1,0929

69	1,0909	69	1,0218	69	1,0904
70	1,0914	70	1,0213	70	1,0909

MALATTIE GRAVI		MALATTIE GRAVI		MALATTIE GRAVI	
MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI PLATINUM CLIENTE	MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	Prestazioni accessorie malattie gravi PLATINUM CLIENTE	MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI + Prestazioni accessorie malattie gravi PLATINUM CLIENTE
Età		Età		Età	
18	-	18	-	18	-
19	1,0042	19	1,0097	19	1,0045
20	1,0452	20	1,0096	20	1,0433
21	1,0074	21	1,0143	21	1,0078
22	1,0121	22	1,0141	22	1,0122
23	1,0534	23	1,0093	23	1,0510
24	1,0541	24	1,0138	24	1,0521
25	1,0610	25	1,0136	25	1,0586
26	1,0617	26	1,0134	26	1,0594
27	1,0600	27	1,0132	27	1,0579
28	1,0619	28	1,0130	28	1,0598
29	1,0596	29	1,0129	29	1,0576
30	1,0742	30	1,0127	30	1,0718
31	1,0775	31	1,0126	31	1,0751
32	1,0792	32	1,0165	32	1,0770
33	1,0707	33	1,0122	33	1,0688
34	1,0683	34	1,0161	34	1,0666
35	1,0715	35	1,0119	35	1,0697
36	1,0812	36	1,0156	36	1,0793
37	1,0958	37	1,0154	37	1,0936
38	1,1056	38	1,0152	38	1,1034
39	1,1121	39	1,0149	39	1,1099

40	1,1159	40	1,0147	40	1,1138
41	1,1213	41	1,0181	41	1,1193
42	1,1217	42	1,0142	42	1,1198
43	1,1203	43	1,0175	43	1,1187
44	1,1175	44	1,0172	44	1,1161
45	1,1133	45	1,0136	45	1,1120
46	1,1078	46	1,0167	46	1,1067
47	1,1022	47	1,0164	47	1,1013
48	1,0946	48	1,0194	48	1,0938
49	1,0918	49	1,0159	49	1,0911
50	1,0919	50	1,0188	50	1,0913
51	1,0924	51	1,0184	51	1,0918
52	1,0929	52	1,0151	52	1,0923
53	1,0937	53	1,0208	53	1,0932
54	1,0921	54	1,0174	54	1,0916
55	1,0912	55	1,0171	55	1,0908
56	1,0908	56	1,0197	56	1,0904
57	1,0911	57	1,0193	57	1,0908
58	1,0939	58	1,0189	58	1,0936
59	1,0935	59	1,0186	59	1,0931
60	1,0947	60	1,0182	60	1,0943
61	1,0930	61	1,0205	61	1,0927
62	1,0924	62	1,0201	62	1,0921
63	1,0913	63	1,0197	63	1,0911
64	1,0934	64	1,0193	64	1,0931
65	1,0933	65	1,0213	65	1,0930
66	0,5476	66	1,0208	66	0,5489
67	1,0937	67	1,0204	67	1,0933
68	1,0934	68	1,0200	68	1,0931
69	1,0909	69	1,0218	69	1,0905
70	1,0914	70	1,0213	70	1,0911

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario e delle professioni non assicurabili

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

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

N	Domande	Risposta
1	"Svolgi una delle seguenti professioni: 1) acrobata trapezista, 2) artista controfigura, 3) aviazione civile (piloti e membri di equipaggio), 4) chimico o fisico nel comparto dell'energia o della fabbricazione degli esplosivi, 5) collaudatore di auto o motoveicoli dipendente di case automobilistiche e/o motociclistiche, 6) guida alpina, 7) addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artigiani, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali, 8) operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare, 9) operaio di impianti di energia nucleare, 10) sommozzatore o palombaro, 11) speleologo, 12) 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), 13) elisoccorso, 14) addetto alla disinfestazione, 15) addetto allo smaltimento dei rifiuti speciali (incl. amianto)?"	Si - No
2	Sei affetto da dipendenza da sostanze psicotrope (alcol, stupefacenti, farmaci non prescritti a seguito di terapie mediche) o da sieropositività HIV?	Si - No
3	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 del sistema endocrino e/o da una neoplasia maligna?	Si - No
3.1	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia del fegato diversa da Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica e/o angioma epatico e/o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ?	Si - No
3.1.1	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 del sistema endocrino? Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia, diabete, 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 (ischemia, trombosi, emorragia) - Malattia del pancreas - Malattia del/i polmone/i - Malattia del sistema urologico - Malattia del sistema endocrino (compreso diabete mellito) - No

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

N	Domande	Risposta
4	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 del sistema endocrino (compreso diabete mellito) e/o da una neoplasia maligna?	Si - No
4.1	Stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (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
4.2	Stai attualmente seguendo cure per malattie cardiovascolari, malattie del fegato, malattie del/i polmone/i, malattie del sistema urologico, malattie del sistema endocrino?	Si - No
4.2.1	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 - Cura per malattie del sistema endocrino
5	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 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
5.1	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato digerente diversa da stipsi, gastrite 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
5.1.1	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato uro-genitale, una malattia del sistema osteo-articolare o una malattia del sistema endocrino 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 uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) - Malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) - Malattia del sistema endocrino - No

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

N	Domande	Risposta
6	Soffri di una patologia neurologica (sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer) o sei affetto da una disabilità?	Si - No
6.1	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 lieve)?	Si - No
6.1.1	Soffri di una forma lieve di morbo di Parkinson o di altra disabilità non grave?	Si - No
7	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
7.1	Ti è stata riconosciuta un'invalidità totale e permanente con soglia uguale o superiore al 33% o hai fatto domanda per ottenerla?	Si - No
7.1.1	Negli ultimi 2 anni sei stato impossibilitato a svolgere le tue 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?	Si - No
8	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di 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
8.1	Attualmente soffri di disturbi neurologici del movimento 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, altro) o di distrofia muscolare?	Si - No
8.2	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
8.2.1	Attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali, altro)?	Si - No
8.2.2	Hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
9	Attualmente soffri di una malattia reumatologica, quali ad esempio connettivite mista, lupus eritematoso sistemico (LES), poliartrite nodosa o sclerodermia)?	Si - No
9.1	Attualmente soffri di lupus eritematoso sistemico (LES)?	Si - No
9.1.1	Attualmente soffri di connettivite mista, poliartrite nodosa e/o sclerodermia? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- No - Connettivite mista - Poliartrite nodosa - Sclerodermia

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.