



Modulo Oculistica e Benessere visivo

Appendice
alle Condizioni di Assicurazione
della polizza XME Protezione

Edizione gennaio 2021

Dedicato ai correntisti di Intesa Sanpaolo

Modulo Oculistica e Benessere visivo





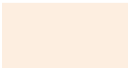
Caro Cliente,

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

Nel Modulo sono presenti:

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

Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del **Modulo Oculistica e Benessere visivo** 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 all'acquisto della polizza

Grazie per l'interesse dimostrato

Indice

PREMESSA

SEZIONE II - MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

Articolo 1. CHE COSA È ASSICURATO	Pag. 2 di 22
1.1 Controllo e misurazione della vista	Pag. 2 di 22
1.2 Lenti e occhiali da vista	Pag. 3 di 22
1.3 Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta	Pag. 4 di 22
1.4 Prevenzione oculistica	Pag. 4 di 22
Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 4 di 22
2.1 Persone non assicurabili	Pag. 4 di 22
2.2 Esclusioni per tutte le garanzie	Pag. 5 di 22
Articolo 3. QUALI SONO I LIMITI DELLE COPERTURE	Pag. 5 di 22
Articolo 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 5 di 22
Articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Pag. 6 di 22
Articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 6 di 22
6.1 Carenze	Pag. 7 di 22
Articolo 7. PAGAMENTO DEL PREMIO	Pag. 7 di 22
Articolo 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO	Pag. 7 di 22
Articolo 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	Pag. 7 di 22

SEZIONE III - MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEL SINISTRO

Articolo 10. DENUNCIA DEL SINISTRO	Pag. 6 di 21
10.1 Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta	Pag. 8 di 22
10.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale operativa	Pag. 8 di 22
10.1.2 Ricerca della Struttura	Pag. 8 di 22
10.1.3 Validità e riemissione del voucher Salute	Pag. 9 di 22
10.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni	Pag. 9 di 22
10.1.5 Casi di rifiuto del sinistro	Pag. 10 di 22
10.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale	Pag. 10 di 22
10.3 Data dell'evento	Pag. 11 di 22
10.4 Lingua della documentazione	Pag. 12 di 22
10.5 Accertamenti della Compagnia	Pag. 13 di 22
10.6 Decesso dell'Assicurato	Pag. 13 di 22
10.7 Uso di medici e strutture convenzionati	Pag. 13 di 22
10.8 Prestazioni intramoenia	Pag. 12 di 22
10.9 Prestazioni tra due annualità	Pag. 13 di 22
10.10 Imposte e oneri amministrativi	Pag. 13 di 22
Articolo 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI	Pag. 14 di 22
Articolo 12. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	Pag. 14 di 22

GLOSSARIO

Pag. 15 di 22

ALLEGATO 1 – Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Oculistica e Benessere visivo

Pag. 18 di 22

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

Pag. 19 di 22

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario

Pag. 22 di 22

PREMESSA

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del Modulo Oculistica e Benessere visivo (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 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.

Sono previsti i seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

ASSISTENZA DIRETTA

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

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

REGIME RIMBORSUALE

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

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

NON DIMENTICHI

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

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

- controllo e misurazione della vista
- acquisto di lenti e occhiali da vista
- interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta
- prevenzione oculistica

in base alla scelta fatta dal Cliente tra i 3 livelli di copertura del Modulo: Silver, Gold e Platinum.

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

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

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

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

SEZIONE II - MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO

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

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

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

Il Modulo prevede, in caso di malattia o infortunio degli Assicurati, il pagamento o il rimborso delle spese per:

- controllo e misurazione della vista
- acquisto di lenti e occhiali da vista indicati nell'art. 1.2
- interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta indicati

È previsto anche un pacchetto di prevenzione oculistica.

Il Modulo prevede 3 livelli di copertura: Silver, Gold e Platinum.

Ogni livello di copertura è caratterizzato da diversi massimali e diversi livelli di indennizzo/rimborso.

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Controllo e misurazione della vista Massimale	1 volta l'anno	1 volta l'anno	1 volta l'anno
Lenti e occhiali da vista lenti oftalmiche e montature e lenti a contatto, a seguito di cambio visus Massimale	1 paio all'anno, € 250 L'importo è dimezzato in caso di assenza di modifica del visus	1 paio all'anno, € 500 L'importo è dimezzato in caso di assenza di modifica del visus	1 paio all'anno, € 750 L'importo è dimezzato in caso di assenza di modifica del visus
Interventi di chirurgia refrattiva/cataratta Massimale del contributo	€ 150 per occhio	€ 350,00 per occhio	€ 550,00 per occhio
Indennità sostitutiva S.S.N.	€ 75	€ 100	€ 125
Prevenzione oculistica	1 volta l'anno	1 volta l'anno	1 volta l'anno

Si precisa che:

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

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

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

1.1. Controllo e misurazione della vista

La Compagnia paga le spese sostenute per il controllo e la misurazione della vista. Non sono coperte le visite oculistiche specialistiche.

1.2 Lenti e occhiali da vista

La Compagnia paga le spese sostenute per l'acquisto di lenti e occhiali da vista, in caso di cambio visus certificato durante il periodo di copertura.

In assenza di variazione del visus, certificato durante il periodo di copertura, le prestazioni sono garantite al 50% degli importi previsti dal livello di copertura scelto.

In caso di variazione del visus, certificato durante il periodo di copertura, sia il primo acquisto che i successivi acquisti di lenti a contatto, effettuati nel corso dell'anno, sono garantiti al 100%, con applicazione delle sole franchigie previste dal livello di copertura prescelto.

Sono compresi in copertura:

- **Lenti oftalmiche:**
 - Lenti organiche bianche
 - Lenti organiche antiriflesso
 - Lenti organiche 1,67 ar
 - Lenti organiche 1,74 ar
 - Lenti progressive
 - Lente Bifocale materiale infrangibile Disco 28 trattamento antigraffio
 - Lente Bifocale materiale infrangibile Disco 28 trattamento antiriflesso
 - Lente Bifocale materiale infrangibile Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione
 - Transitions VI 1,5 antigraffio
 - Transitions VI 1,5 antiriflesso
 - Transitions VI 1,6 antigraffio
 - Transitions VI 1,6 antiriflesso
 - Monofocale in vetro non trattata
 - Monofocale in vetro trattata con antiriflesso
 - Monofocale in vetro fotocromatico non trattata
 - Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso
 - Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso
 - Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso
 - Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso
 - Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso
 - Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso
- **Lenti a contatto:**
 - Confezione di 30 lenti giornaliere
 - Confezione di 30 lenti giornaliere toriche
 - Confezione di 6 lenti settimanali
 - Confezione da 1 lente mensile
 - Confezione da 3 lenti mensile
 - Confezione da 3 lenti mensile toriche
- **Occhiale completo**
 - Montatura celluloidale e/o metallo

Per il primo acquisto è possibile acquistare due confezioni.

Non è riconosciuto l'indennizzo delle lenti a contatto nel caso in cui l'acquisto della successiva confezione avvenga prima che sia trascorso il tempo di durata della precedente confezione.

Facciamo un esempio

Se l'Assicurato, a fronte di un certificato medico che attesti la modifica del visus, acquista una confezione di 30 lenti giornaliere in data 1° giugno 2021 potrà acquistare l'ulteriore confezione a partire dal 1° luglio 2021 utilizzando il medesimo certificato medico e così via, entro il limite del massimale dell'annualità di polizza.

La copertura prevede un paio di lenti (non a contatto) e occhiali da vista l'anno.



da sapere: le lenti a contatto toriche correggono i problemi di astigmatismo causati da variazioni della curvatura della cornea o del cristallino nell'occhio (comunemente denominati astigmatismo regolare, astigmatismo corneale o astigmatismo lenticolare).

Chirurgia refrattiva: è un tipo di chirurgia per correggere, intervenendo sulla cornea o sul cristallino, i vizi refrattivi dovuti ad un difetto di focalizzazione delle immagini sulla retina

1.3 Interventi di chirurgia refrattiva e interventi alla cataratta

La Compagnia paga le spese sostenute per gli interventi di chirurgia refrattiva al verificarsi di tutte le seguenti condizioni:

- siano effettuati da Assicurati con età compresa tra i 25 e i 40 anni
- siano effettuati per un solo difetto visivo
- riguardino le seguenti casistiche:
 - anisometropia maggiore di 4 diottrie di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametropo con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede pre-operatoria, la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale
 - astigmatismo uguale o maggiore di 4 diottrie
 - ametropie conseguenti a precedenti interventi di oftalmochirurgia non refrattiva, limitatamente all'occhio operato, al fine di bilanciare i due occhi
 - Phototherapeutic Keratectomy (PTK) per opacità corneali, tumori della cornea, cicatrici, astigmatismi irregolari, distrofie corneali, esiti infausti di chirurgia refrattiva
 - esiti di traumi o malformazioni anatomiche tali da impedire l'applicazione di occhiali, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale.

Non è richiesta la modifica del visus.

Gli interventi di cataratta sono coperti per Assicurati che abbiano compiuto 41 anni.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale è previsto il pagamento di un'indennità sostitutiva di importo variabile in base al livello di copertura prescelto.

Sia per gli interventi di chirurgia refrattiva che per gli interventi di cataratta, il rimborso è riconosciuto esclusivamente per un intervento per occhio per ciascuna annualità di polizza.

1.4 Prevenzione oculistica

La Compagnia paga le spese sostenute per un pacchetto di prevenzione oculistica, usufruibile una volta per annualità di polizza e solo in Assistenza diretta, che preveda le seguenti prestazioni:

- valutazione anamnestica: raccolta di informazioni riguardanti le condizioni di salute generale e oculare del paziente, oltre alla sua storia clinica e alla familiarità per eventuali patologie
- esame del segmento anteriore e annessi oculari, attraverso lampada a fessura, per lo studio delle componenti anatomiche del segmento anteriore (cornea, iride e cristallino)
- studio del fundus oculi (fondo oculare): studio del segmento posteriore dell'occhio (corpo vitreo, macula, retina e papilla ottica), attraverso lampada a fessura
- misurazione del tono oculare: misurazione della pressione intraoculare
- misurazione del visus: valutazione della presenza di eventuali difetti refrattivi che alterino la visione da lontano e/o da vicino

ARTICOLO 2. CHE COSA NON È ASSICURATO

2.1 Persone non assicurabili

Non è possibile assicurare le persone che al momento della sottoscrizione della polizza o dell'Appendice Contrattuale:

- a) abbiano più di 70 anni o, se sono stati già assicurati con il Modulo nei precedenti 5 anni e in tale periodo il Cliente non ha mai dato disdetta dalla polizza o dal Modulo di cui erano assicurati, abbiano più di 75 anni
- b) siano affette da alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
- c) non siano residenti in Italia
- d) siano affette da cheratocono, da disturbi della retina, glaucoma o cataratta
- e) siano affette da miopia/astigmatismo superiore a 5 diottrie da uno o entrambi gli occhi e abbiano età inferiore o uguale a 40 anni
- f) siano affette da miopia/astigmatismo superiore a 5 diottrie da uno o entrambi gli occhi e abbiano età uguale o maggiore di 60 anni.

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

ametropie: anomalie della rifrazione dell'occhio che influenzano la visione ad ogni distanza di osservazione. Solitamente le ametropie influenzano o riducono la capacità visiva.

cheratocono: malattia degenerativa conseguente ad una minore rigidità strutturale della cornea.

2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

La Compagnia non fornisce alcuna prestazione in caso di:

1. infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti auto lesivi
2. infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
3. infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"
4. infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
5. conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
6. conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
7. conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
8. spese in conseguenza di malattie mentali o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
9. cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici, salvo quanto previsto dalle specifiche garanzie in copertura
10. prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni non indennizzabili ai sensi di polizza
11. trattamenti di medicina alternativa o complementare
12. prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate a seconda della garanzia, da medico o optometrista o Centro medico o centro ottico
13. spese per prestazioni di routine o controllo (salvo quanto previsto alle garanzie Controllo e misurazione della vista e Prevenzione oculistica)
14. spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
15. conseguenze dirette o indirette di pandemie

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

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

ARTICOLO 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE

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

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Controllo e misurazione della vista in Network fuori Network	nessuno scoperto/ franchigia scoperto 50%	nessuno scoperto/ franchigia scoperto 50%	nessuno scoperto/ franchigia scoperto 50%
Lenti e occhiali da vista in Network fuori Network	franchigia € 35,00 franchigia € 75,00	franchigia € 25,00 franchigia € 55,00	franchigia € 10,00 franchigia € 35,00
Interventi di chirurgia refrattiva/cataratta in Network fuori Network	nessuno scoperto/ franchigia scoperto 25%	nessuno scoperto/ franchigia scoperto 20%	nessuno scoperto/ franchigia scoperto 15%
Prevenzione oculistica in Network	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia

ARTICOLO 4. DOVE VALGONO COPERTURE

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

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

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 sempre a Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. 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 da quando la Compagnia ne è venuta a conoscenza.

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

Perché è importante fornire alla Compagnia le informazioni corrette

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

ARTICOLO 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE

Ferme le carenze di cui al successivo articolo 6.1, le coperture cominciano alle ore 24 della decorrenza del modulo di polizza o dell'Appendice contrattuale, a condizione che il premio sia stato pagato e finiscono alla data di scadenza della polizza.

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

Il rinnovo tacito del Modulo è possibile al massimo fino alla scadenza della quinta annualità successiva a quella della decorrenza della polizza.

A tale scadenza, 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 degli 80 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 Oculistica e Benessere Visivo. In assenza di disdetta della polizza o del Modulo da parte del Cliente o della Compagnia le coperture del Modulo Oculistica e Benessere Visivo si rinnovano tacitamente di anno in anno fino al 31/01/2027. Il Cliente potrà sottoscrivere nuovamente il Modulo Oculistica e Benessere Visivo, 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 Oculistica e Benessere Visivo. 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 Oculistica e Benessere Visivo fino al 31/01/2027. Il Cliente potrà sottoscrivere nuovamente il Modulo Ricoveri e Interventi ed il Modulo Oculistica e Benessere Visivo, ove ancora commercializzati, compilando i rispettivi Questionari Sanitari.

6.1 Carenze

Le prestazioni diventano effettivamente operanti a partire dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale per controllo e misurazione della vista, lenti e occhiali da vista, prevenzione oculistica
- del 90° giorno successivo alla decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale per gli interventi di chirurgia refrattiva e gli interventi di cataratta. È prevista una differente percentuale di corresponsione dell'importo previsto dalle condizioni di liquidazione in base al momento in cui la prestazione viene effettuata:
 - dal 91° al 180° giorno successivo alla decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale: corresponsione del 50% dell'importo previsto dal livello di copertura scelto
 - dal 181° giorno successivo alla decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale:
 - corresponsione del 80% dell'importo previsto dalle condizioni di liquidazione per il livello di copertura Silver
 - corresponsione del 90% dell'importo previsto dalle condizioni di liquidazione per il livello di copertura Gold
 - corresponsione del 100% dell'importo previsto dalle condizioni di liquidazione per il livello di copertura Platinum.

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. PAGAMENTO 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

Alla scadenza 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.

ARTICOLO 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Se l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate le coperture del Modulo cessano e deve comunicarlo alla Compagnia che, in tal caso, restituisce al Cliente, al netto delle imposte, i premi eventualmente incassati dopo che sia venuta a conoscenza della perdita dei requisiti di assicurabilità.

Se l'Assicurato modifica in corso di durata del Modulo la propria residenza, deve comunicarlo alla Compagnia, inviando apposita comunicazione c/o Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., via San Francesco d'Assisi, 10, 101122 Torino.

**SEZIONE III -
MODULO
OCULISTICA E
BENESSERE VISIVO**

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEL SINISTRO

ARTICOLO 10. DENUNCIA DEL SINISTRO

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

L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o in regime rimborsuale anche dall'App messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute.

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

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

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

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

10.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

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

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

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

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

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

10.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **per le garanzie "Lenti e occhiali da vista" e "Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta"** : prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità (la prescrizione medica per le lenti e occhiali da vista è valida un anno dal giorno della prescrizione) secondo la normativa regionale vigente, che contiene il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. Per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.
- **per la garanzia "Lenti e occhiali da vista" per poter usufruire del massimale integrale previsto dalla copertura:** certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesta la modifica del visus. In mancanza di modifica del visus, ma in presenza di prescrizione medica attestante il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia, il massimale è da intendersi dimezzato;
- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
 - **referto del Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio;** se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato dalla Compagnia. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
 - se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.

- **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole);
- eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter autorizzare il sinistro.

10.1.2 Ricerca della struttura

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

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

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

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

Importante per lei:

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

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

Facciamo un esempio

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

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

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

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

10.1.3 Validità e riemissione del VoucherSalute®

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

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

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

Il VoucherSalute® è rinnovabile dal 20° giorno dalla sua emissione al massimo per altre due volte, quindi con una validità complessiva di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per 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).

Se la riemissione è richiesta prima che siano finiti i 30 giorni di validità (e comunque dal 20° giorno di emissione del voucher), gli eventuali giorni di validità non usufruiti sono persi. Il voucher non può essere annullato dall'Assicurato. Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullarlo, deve contattare la Centrale Operativa.

10.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, 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

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

10.1.5 Casi di rifiuto del sinistro

La Compagnia respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

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

10.2. Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale

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

L'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese sostenute anche dall'App messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute.

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

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

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

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

Le prestazioni devono:

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

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

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

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **modulo di richiesta di rimborso** (www.intesasanpaolorbmsalute.com oppure www.intesasanpaoloassicura.com). Le richieste di rimborso devono essere presentate al termine della cura.

Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, la Compagnia prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. In ogni caso) l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

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

2. per le garanzie "Lenti e occhiali da vista" e "Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta" prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità (la prescrizione medica per le lenti e occhiali da vista è valida un anno dal giorno della prescrizione) secondo la normativa regionale vigente, che contiene il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. Per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.

3. per la garanzia "Lenti e occhiali da vista" per poter usufruire del massimale integrale previsto dalla copertura: certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesta la modifica del visus. In mancanza di modifica del visus, ma in presenza di prescrizione medica attestante il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia, il massimale è da intendersi dimezzato;

4. per la garanzia "Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta": copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)

5. in caso di **infortunio** devono essere presentati anche:

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

6. 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)

a) Richiesta di rimborso on line

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

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

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

La Compagnia respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

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

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

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

10.3 Data dell'evento

- per il controllo e misurazione della vista: quella del controllo e della misurazione.
- per le lenti e gli occhiali da vista: quella della fattura d'acquisto. Per le lenti a contatto: quella del primo acquisto nell'annualità di polizza.
- per gli interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta: quella del singolo intervento.

10.4 Lingua della documentazione

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

10.5 Accertamenti della Compagnia

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

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

L'accertamento può essere disposto

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

10.6 Decesso dell'Assicurato

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

- avvisare la Compagnia il prima possibile
- presentare ulteriore documentazione quale:
 - certificato di morte dell'Assicurato
 - copia autenticata dell'eventuale testamento o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - estremi del testamento
 - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
 - se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti:
 - che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - che non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Compagnia a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare il bonifico per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in questo Modulo.

10.7 Uso di medici e strutture convenzionati

Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata, un medico convenzionato o un optometrista o ottico convenzionato deve accedervi solo in Assistenza diretta. Non è ammesso il Regime rimborsuale.

10.8 Prestazioni intramoenia

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

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

10.9 Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità di polizza rientrano nel massimale dell'annualità di esecuzione della prestazione stessa.

Non sono ammesse fatture in acconto.



Facciamo un esempio

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

per esempio le spese da sostenere per il rilascio della copia della cartella clinica.

10.10 Imposte e oneri amministrativi

Sono carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura.

ARTICOLO 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI

Assistenza diretta

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

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

Regime rimborsuale

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

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

Riferimento normativo: art. 1910 del Codice Civile

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

ARTICOLO 12. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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

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.).

CENTRO MEDICO

Struttura, anche non adibita al ricovero,

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

COMPAGNIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. con sede legale in Italia, a Mestre (VE), in 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

- data del controllo e della misurazione della vista
- data della fattura d'acquisto di lenti e occhiali da vista. Per le lenti a contatto è la data del primo acquisto nell'anno.
- data del singolo intervento di chirurgia refrattiva e alla cataratta

DIFETTO FISICO-MALFORMAZIONE

Alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

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

EVENTO

- **Controllo e misurazione della vista:** controllo e misurazione della vista.
- **Lenti e occhiali da vista:** l'acquisto di lenti e occhiali; per le lenti a contatto, è l'insieme degli acquisti effettuati nell'anno.
- **Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta:** il singolo intervento.

FRANCHIGIA

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

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

indennità forfettaria erogata per interventi che non comportino spese sanitarie a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO

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

INFORTUNIO

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

INTRAMOENIA

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

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

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

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital, pubblici o privati, autorizzati a dare assistenza ospedaliera.

Non sono considerati istituti di cura:

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

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio e che può essere verificata.

MALATTIE MENTALI

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

MASSIMALE

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

MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE

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

MODULI

Le coperture assicurative acquistabili con la polizza XME Protezione.

MODULO DI POLIZZA

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

NETWORK

Rete convenzionata di Previmedical - Servizi per sanità integrativa ,costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, ottici e optometristi 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 affidato.

OPTOMETRISTA:

Professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

PANDEMIA

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

PREMIO

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

QUESTIONARIO SANITARIO

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

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

Costituisce parte integrante della Polizza.

REGIME RIMBORSUALE

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

RIMBORSO

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

RISCHIO

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

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.

SINISTRO

Vedi "EVENTO"

SPORT PROFESSIONISTICO/GARE PROFESSIONISTICHE

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

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.)

servizio sanitario erogato dallo Stato Italiano.

ALLEGATO 1- Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Oculistica e Benessere visivo

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Controllo e misurazione della vista in Network fuori Network	nessuno scoperto/franchigia scoperto 50%	nessuno scoperto/franchigia scoperto 50%	nessuno scoperto/franchigia scoperto 50%
Lenti e occhiali da vista Massimale in Network fuori Network	1 paio all'anno, € 250 L'importo è dimezzato in caso di assenza di modifica del visus franchigia € 35 franchigia € 75	1 paio all'anno, € 500 L'importo è dimezzato in caso di assenza di modifica del visus franchigia € 25 franchigia € 55	1 paio all'anno, € 750 L'importo è dimezzato in caso di assenza di modifica del visus franchigia € 10 franchigia € 35
Interventi di chirurgia refrattiva/ cataratta Massimale del contributo in Network fuori Network	€ 150,00 per occhio nessuno scoperto/franchigia scoperto 25% € 75	€ 350 per occhio nessuno scoperto/franchigia scoperto 20% € 100	€ 550,00 per occhio nessuno scoperto/franchigia scoperto 15% € 125
Indennità sostitutiva S.S.N. in Network	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia
Prevenzione oculistica in Network	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

**LENTI
SILVER**

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-	41	1,004	1,008	1,009	1,005
1	1,480	1,519	1,500	1,467	42	1,004	1,008	1,009	1,005
2	1,649	1,659	1,667	1,682	43	1,004	1,008	1,009	1,005
3	1,820	1,809	1,785	1,811	44	1,004	1,008	1,010	1,005
4	1,568	1,569	1,578	1,567	45	1,004	1,008	1,010	1,005
5	1,448	1,446	1,443	1,448	46	1,004	1,009	1,010	1,005
6	1,504	1,505	1,508	1,507	47	1,004	1,009	1,010	1,005
7	1,528	1,526	1,528	1,528	48	1,004	1,009	1,010	1,005
8	1,473	1,474	1,474	1,474	49	1,005	1,009	1,010	1,005
9	1,408	1,408	1,407	1,408	50	1,004	1,009	1,010	1,006
10	1,769	1,768	1,768	1,768	51	1,004	1,009	1,010	1,005
11	1,002	1,006	1,007	1,004	52	1,005	1,009	1,011	1,006
12	1,003	1,006	1,007	1,004	53	1,005	1,010	1,011	1,006
13	1,003	1,007	1,008	1,005	54	1,005	1,009	1,011	1,006
14	1,004	1,008	1,009	1,005	55	1,007	1,005	1,004	1,008
15	1,004	1,008	1,010	1,005	56	1,007	1,005	1,004	1,007
16	1,004	1,009	1,010	1,006	57	1,007	1,004	1,004	1,007
17	1,005	1,009	1,011	1,006	58	1,008	1,005	1,004	1,008
18	1,005	1,010	1,012	1,007	59	1,008	1,005	1,004	1,008
19	1,005	1,011	1,013	1,007	60	1,008	1,005	1,004	1,008
20	1,005	1,011	1,013	1,008	61	1,008	1,005	1,004	1,008
21	1,012	1,009	1,009	1,010	62	1,008	1,005	1,004	1,008
22	1,013	1,009	1,009	1,011	63	1,008	1,005	1,004	1,008
23	1,013	1,010	1,010	1,011	64	1,008	1,005	1,004	1,008
24	1,014	1,010	1,010	1,011	65	1,008	1,005	1,004	1,008
25	1,014	1,011	1,011	1,012	66	1,008	1,005	1,004	1,008
26	1,015	1,011	1,011	1,012	67	1,008	1,005	1,004	1,008
27	1,015	1,011	1,011	1,012	68	1,008	1,005	1,004	1,009
28	1,016	1,012	1,012	1,013	69	1,008	1,005	1,005	1,008
29	1,016	1,012	1,012	1,013	70	1,008	1,005	1,004	1,008
30	1,016	1,012	1,012	1,014	71	1,008	1,005	1,005	1,009
31	1,017	1,013	1,013	1,014	72	1,009	1,005	1,005	1,009
32	1,017	1,013	1,013	1,014	73	1,025	1,025	1,025	1,025
33	1,018	1,013	1,013	1,015	74	1,025	1,024	1,024	1,025
34	1,018	1,014	1,014	1,015	75	1,025	1,024	1,024	1,025
35	1,003	1,007	1,008	1,004	76	1,025	1,024	1,024	1,024
36	1,003	1,007	1,008	1,004	77	1,024	1,023	1,024	1,024
37	1,004	1,007	1,008	1,004	78	1,024	1,023	1,023	1,024
38	1,003	1,007	1,008	1,004	79	1,024	1,023	1,023	1,024
39	1,003	1,007	1,008	1,004	80	1,024	1,023	1,023	1,023
40	1,004	1,007	1,009	1,005					

GOLD

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,489	1,480	1,489	1,490
2	1,687	1,676	1,671	1,671
3	1,805	1,806	1,812	1,803
4	1,564	1,571	1,566	1,572
5	1,448	1,446	1,446	1,444
6	1,504	1,505	1,506	1,506
7	1,529	1,529	1,528	1,529
8	1,472	1,473	1,472	1,473
9	1,409	1,409	1,409	1,408
10	1,768	1,768	1,768	1,768
11	1,003	1,003	1,003	1,003
12	1,003	1,003	1,003	1,003
13	1,004	1,004	1,003	1,004
14	1,004	1,004	1,004	1,004
15	1,005	1,004	1,004	1,004
16	1,005	1,005	1,004	1,005
17	1,006	1,005	1,005	1,005
18	1,006	1,006	1,005	1,006
19	1,006	1,006	1,006	1,006
20	1,007	1,006	1,006	1,006
21	1,007	1,008	1,009	1,007
22	1,007	1,008	1,010	1,007
23	1,007	1,009	1,010	1,008
24	1,008	1,009	1,011	1,008
25	1,008	1,009	1,011	1,009
26	1,008	1,009	1,011	1,009
27	1,009	1,010	1,012	1,009
28	1,009	1,010	1,012	1,009
29	1,009	1,011	1,013	1,010
30	1,010	1,011	1,013	1,010
31	1,010	1,011	1,013	1,010
32	1,010	1,011	1,014	1,011
33	1,010	1,012	1,014	1,011
34	1,011	1,012	1,014	1,011
35	1,005	1,003	1,003	1,002
36	1,005	1,003	1,003	1,002
37	1,006	1,003	1,003	1,003
38	1,006	1,003	1,003	1,003
39	1,006	1,003	1,003	1,003
40	1,006	1,003	1,003	1,003

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
41	1,006	1,003	1,004	1,003
42	1,006	1,003	1,004	1,003
43	1,006	1,003	1,004	1,003
44	1,007	1,003	1,004	1,003
45	1,007	1,003	1,004	1,003
46	1,007	1,003	1,004	1,003
47	1,007	1,004	1,004	1,003
48	1,007	1,003	1,004	1,003
49	1,007	1,004	1,004	1,004
50	1,007	1,004	1,004	1,004
51	1,007	1,004	1,005	1,004
52	1,007	1,004	1,005	1,004
53	1,008	1,004	1,004	1,004
54	1,008	1,004	1,005	1,004
55	1,003	1,011	1,005	1,011
56	1,003	1,011	1,005	1,011
57	1,003	1,011	1,005	1,011
58	1,003	1,011	1,005	1,011
59	1,003	1,011	1,005	1,012
60	1,004	1,011	1,005	1,012
61	1,003	1,012	1,006	1,012
62	1,004	1,012	1,006	1,012
63	1,004	1,012	1,006	1,012
64	1,004	1,012	1,006	1,012
65	1,004	1,012	1,006	1,012
66	1,004	1,012	1,006	1,012
67	1,004	1,012	1,006	1,012
68	1,004	1,012	1,006	1,012
69	1,004	1,012	1,006	1,012
70	1,004	1,012	1,006	1,012
71	1,004	1,012	1,006	1,012
72	1,004	1,012	1,006	1,012
73	1,011	1,010	1,010	1,012
74	1,011	1,010	1,010	1,012
75	1,011	1,010	1,010	1,012
76	1,011	1,010	1,010	1,012
77	1,011	1,010	1,010	1,012
78	1,011	1,010	1,010	1,012
79	1,011	1,010	1,010	1,012
80	1,011	1,010	1,010	1,012

PLATINUM

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,491	1,484	1,483	1,492
2	1,659	1,685	1,674	1,670
3	1,809	1,800	1,805	1,802
4	1,573	1,570	1,569	1,572
5	1,444	1,447	1,443	1,444
6	1,506	1,505	1,507	1,507
7	1,529	1,529	1,528	1,529
8	1,473	1,473	1,473	1,473
9	1,408	1,408	1,409	1,408
10	1,768	1,768	1,768	1,769
11	1,003	1,003	1,002	1,002
12	1,003	1,003	1,003	1,002
13	1,004	1,003	1,003	1,003
14	1,004	1,004	1,003	1,003
15	1,005	1,004	1,003	1,004
16	1,005	1,004	1,004	1,004
17	1,006	1,005	1,004	1,004
18	1,006	1,005	1,004	1,004
19	1,006	1,005	1,005	1,005
20	1,007	1,005	1,005	1,005
21	1,009	1,008	1,010	1,009
22	1,010	1,008	1,010	1,009
23	1,010	1,009	1,011	1,010
24	1,011	1,009	1,011	1,010
25	1,011	1,009	1,012	1,011
26	1,011	1,010	1,012	1,011
27	1,012	1,010	1,012	1,012
28	1,012	1,010	1,013	1,012
29	1,012	1,011	1,013	1,012
30	1,013	1,011	1,014	1,013
31	1,013	1,012	1,014	1,013
32	1,013	1,012	1,014	1,013
33	1,014	1,012	1,014	1,014
34	1,004	1,012	1,015	1,014
35	1,004	1,002	1,003	1,001
36	1,004	1,003	1,003	1,000
37	1,004	1,003	1,003	1,001
38	1,004	1,003	1,003	1,001
39	1,004	1,003	1,003	1,001
40	1,004	1,003	1,004	1,001

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
41	1,005	1,003	1,004	1,001
42	1,005	1,003	1,004	1,001
43	1,005	1,003	1,004	1,001
44	1,005	1,003	1,004	1,001
45	1,005	1,003	1,004	1,001
46	1,005	1,003	1,004	1,001
47	1,005	1,004	1,004	1,001
48	1,005	1,004	1,004	1,001
49	1,005	1,004	1,004	1,001
50	1,005	1,004	1,004	1,001
51	1,006	1,004	1,005	1,001
52	1,006	1,004	1,005	1,001
53	1,006	1,004	1,005	1,001
54	1,006	1,004	1,005	1,001
55	1,003	1,007	1,002	1,009
56	1,003	1,007	1,002	1,009
57	1,003	1,007	1,002	1,009
58	1,003	1,007	1,002	1,009
59	1,003	1,007	1,002	1,009
60	1,003	1,007	1,002	1,009
61	1,003	1,007	1,003	1,009
62	1,003	1,007	1,002	1,009
63	1,003	1,007	1,003	1,009
64	1,004	1,008	1,003	1,009
65	1,004	1,008	1,003	1,010
66	1,004	1,008	1,003	1,010
67	1,004	1,008	1,003	1,010
68	1,004	1,008	1,003	1,010
69	1,004	1,008	1,003	1,010
70	1,004	1,008	1,003	1,010
71	1,004	1,008	1,003	1,010
72	1,004	1,008	1,003	1,010
73	1,013	1,015	1,014	1,010
74	1,013	1,015	1,014	1,010
75	1,013	1,015	1,014	1,010
76	1,013	1,015	1,014	1,010
77	1,013	1,015	1,014	1,010
78	1,013	1,015	1,014	1,010
79	1,013	1,014	1,014	1,010
80	1,013	1,014	1,014	1,010

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario

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 Oculistica e benessere visivo in relazione all' attuale stato di salute (assumibilità del rischio) dell'Assicurato (**Nome/Cognome**).

N	Domande	Risposta
1	Sei affetto da dipendenza da sostanze psicotrope (alcol, stupefacenti, farmaci non prescritti a seguito di terapie mediche) o da sieropositività HIV?	Si - No
2	Sei affetto da almeno uno dei seguenti disturbi: cheratocono, disturbi della retina, glaucoma, cataratta?	- Si - No, non sono stato affetto da tali disturbi o sono già stato trattato per tali patologie
2.1	Hai una miopia/un astigmatismo superiore a 5 diottrie da uno o entrambi gli occhi?	Si - No

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