



Modulo Ricoveri e Interventi

Appendice alle Condizioni di Assicurazione della polizza XME Protezione

Edizione Gennaio 2021

Dedicato ai correntisti di Intesa Sanpaolo

Modulo Ricoveri e Interventi





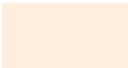
Caro Cliente,

il Modulo Ricoveri e Interventi 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 - 12) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**

Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del **Modulo Ricoveri e Interventi** 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 delle Compagnie www.intesasanpaoloassicura.com e www.intesasanpaolorbmsalute.com e le sarà comunque consegnato all'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 48
1.1 Ricoveri con o senza intervento in Istituto di cura	Pag. 3 di 48
1.2 Degenza in regime di Day Hospital/Day Surgery o Intervento ambulatoriale	Pag. 4 di 48
1.3 Parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico	Pag. 4 di 48
1.4 Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici congeniti neonatali	Pag. 4 di 48
1.5 Rette di degenza dell'accompagnatore	Pag. 4 di 48
1.6 Trasporto sanitario	Pag. 4 di 48
1.7 Indennità sostitutiva	Pag. 5 di 47
1.8 Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetica	Pag. 5 di 48
1.9 Indennità per sindrome influenzale di natura pandemica	Pag. 6 di 48
1.10 Casi particolari	Pag. 6 di 48
Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 6 di 48
2.1 Persone non assicurabili	Pag. 6 di 48
2.2 Esclusioni per tutte le garanzie	Pag. 7 di 48
2.3 Esclusioni Ricoveri con o senza intervento in Istituto di cura - Degenza in regime di Day Hospital/Day Surgery o Intervento ambulatoriale - Parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico - Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici congeniti neonatali, rette di degenza e trasporto sanitario	Pag. 8 di 48
2.4 Esclusioni in caso di ricovero dell'Assicurato in assenza di spese documentate	Pag. 8 di 48
Articolo 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE	Pag. 9 di 48
Articolo 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 9 di 48
Articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Pag. 9 di 48
Articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 10 di 48
6.1 Carenze	Pag. 10 di 48
Articolo 7. PAGAMENTO DEL PREMIO	Pag. 11 di 48
Articolo 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO	Pag. 11 di 48
Articolo 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	Pag. 11 di 48

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Articolo 10. DENUNCIA DEL SINISTRO	Pag. 11 di 48
10.1 Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta o mista	Pag. 12 di 48
10.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale operativa	Pag. 12 di 48
10.1.2 Ricerca della Struttura	Pag. 12 di 48
10.1.3 Validità e riemissione del voucher Salute	Pag. 13 di 48
10.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni	Pag. 14 di 48
10.1.5 Casi di rifiuto del sinistro	Pag. 15 di 48
10.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale	Pag. 15 di 48
10.3 Data dell'evento	Pag. 17 di 48
10.4 Lingua della documentazione	Pag. 17 di 48
10.5 Accertamenti della Compagnia	Pag. 17 di 48
10.6 Decesso dell'Assicurato	Pag. 18 di 48
10.7 Uso di medici e strutture convenzionati	Pag. 18 di 48
10.8 Prestazioni intramoenia	Pag. 18 di 48
10.9 Prestazioni tra due annualità	Pag. 18 di 48
10.10 Imposte e oneri amministrativi	Pag. 18 di 48
Articolo 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI	Pag. 19 di 48
Articolo 12. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	Pag. 19 di 48

Indice

GLOSSARIO

Pag. 20 di 48

ALLEGATO 1 - Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Ricoveri e Interventi

Pag. 25 di 48

ALLEGATO 2 - Tabella dei coefficienti

Pag. 26 di 47

ALLEGATO 3 - Fac-simile Questionario Sanitario

Pag. 46 di 48

PREMESSA

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

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del Modulo Ricoveri e Interventi (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.

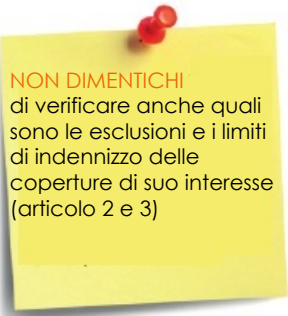
REGIME RIMBORSUALE

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.

REGIME MISTO

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 e rimborsa le prestazioni erogate da medici non convenzionati, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Modulo per il Regime rimborsuale.

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE



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

Il Modulo prevede il pagamento o il rimborso delle spese mediche per prestazioni sanitarie rese necessarie da malattia o infortunio dell'Assicurato. L'entità del pagamento o del rimborso varia in base al livello di copertura scelto dal Cliente tra quelli previsti dal Modulo, denominati Base, Silver, Gold e Platinum.

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

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.

SEZIONE II - MODULO RICOVERI E INTERVENTI

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

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

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

Il Cliente può assicurare 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:

- a) il pagamento diretto o il rimborso delle spese sostenute per:
 - ricovero, con o senza intervento chirurgico
 - Day Hospital, Day Surgery o intervento chirurgico ambulatoriale
 - Parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico
 - Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici congeniti neonatali
 - rette di degenza dell'accompagnatore
 - trasporto sanitario
- b) il pagamento di un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero in assenza di spese documentate
- c) il pagamento diretto o il rimborso delle spese in caso di interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetica indicati nell'articolo 1.8
- d) il pagamento di un'indennità forfettaria, una sola volta per ogni annualità di polizza, in caso di sindromi influenzali di natura pandemica.

Il Modulo prevede 4 livelli di copertura:

- BASE**, con un massimale di 250.000 euro
- SILVER**, con un massimale di 500.000 euro
- GOLD**, con un massimale di 750.000 euro
- PLATINUM**, con un massimale di 1.000.000 euro.

Nell'ambito dei massimali sopra indicati, ogni livello di copertura è caratterizzato da differenti valori massimi di pagamento/rimborso (sub-massimali), in base alla tipologia di prestazioni sanitarie, come di seguito descritto.

sub-massimale: si intende l'importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico S.S.N. (indennità sostitutiva ricovero)	100 max. 180 gg. DH: indennità al 50%	€ 150 max. 270 gg. DH: indennità al 50%	€ 200 max. 300 gg. DH: indennità al 50%	€ 250 max. 365 gg. DH: indennità al 50%
Pre ricovero	45gg	60gg	90gg	120gg
Post ricovero	45gg	60gg	90gg	120gg
Limite fisioterapiche post ricovero	€ 500	€ 750	€ 1.000	€ 1.500
Limite cure oncologiche pre/post ricovero	€ 1.000	€ 1.500	€ 2.000	€ 3.000
Parto fisiologico	€ 1.000	€ 2.000	€ 3.000	€ 4.000
Parto cesareo	€ 2.000	€ 4.000	€ 6.000	€ 8.000
Interventi neonatali (malformazioni congenite)	€ 5.000 entro 6 mesi dalla nascita	€ 10.000 entro 6 mesi dalla nascita	€ 20.000 entro 12 mesi dalla nascita	€ 30.000 entro 12 mesi dalla nascita
Limite retta di degenza (OON)	€ 150 al giorno	€ 250 al giorno	€ 300 al giorno	€ 350 al giorno

Limite app. protesici/ sanitari	€ 250	€ 500	€ 750	€ 1.000
Accompagnatore	€ 50 max. 50 gg.	€ 75 max. 50 gg.	€ 100 max. 50 gg.	€ 150 max. 50 gg.
Trasporto dell'Assicurato	€ 1.500	€ 2.500	€ 3.500	€ 5.000
Medicina estetica (per interventi elencati in art. 1.8)		€ 1.000	€ 1.500	€ 2.500
Massimale				
Pre ricovero		30gg	30gg	30gg
Post ricovero		30gg	30gg	30gg
Sindromi influenzali di natura pandemica	positività+ isolamento fiduciario o ricovero (con/ senza terapia intensiva)	positività+ isolamento fiduciario o ricovero (con/ senza terapia intensiva)	positività+ isolamento fiduciario o ricovero (con/ senza terapia intensiva)	positività+ isolamento fiduciario o ricovero (con/ senza terapia intensiva)
Indennità forfettaria (una tantum)	€ 250	€ 250	€ 350	€ 500

Si precisa che:

- il livello di copertura BASE non prevede gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetica
- la scelta del livello di copertura deve essere la medesima per tutte le prestazioni oggetto del presente Modulo
- gli scoperti e le franchigie previsti per ciascuna garanzia sono indicati all'art. 3 "Quali sono i limiti alle 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 Ricovero, con o senza intervento in Istituto di cura

Prima del ricovero

La Compagnia paga o rimborsa le spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati prima del ricovero o dell'intervento chirurgico purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

La Compagnia paga o rimborsa:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipi all'intervento
- i diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza, escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- le spese per l'assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Dopo il ricovero

La Compagnia paga o rimborsa le spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali effettuati dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Trapianti

In caso di trapianto, la Compagnia paga o rimborsa solo le spese sostenute dall'Assicurato per ricevere l'organo trapiantato.

si intendono ad esempio le spese per l'uso del telefono o della televisione

1.2 Degenza in regime di Day Hospital/Day Surgery o intervento ambulatoriale

Durante la degenza

La Compagnia paga o rimborsa le spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, assistenza medica, rette di degenza, cure e medicinali

Prima e dopo la degenza (solo in caso di Day Surgery o Intervento ambulatoriale)

La Compagnia paga o rimborsa le spese per gli accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche sostenuti prima e dopo la degenza, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessaria la stessa .

1.3 Parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico

Prima del ricovero

La Compagnia paga o rimborsa le spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati prima del ricovero o dell'intervento chirurgico purché pertinenti al parto naturale o cesareo o all'aborto terapeutico .

Durante il ricovero

La Compagnia paga o rimborsa:

- a) gli onorari del chirurgo, dell'aiuto chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipi all'intervento
- b) i diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- c) le rette di degenza, escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- d) le spese per l'assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Dopo il ricovero

La Compagnia paga o rimborsa le spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali effettuati dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo la Compagnia paga o rimborsa anche le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocoele, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) entro il sub-massimale specifico per il parto cesareo

1.4 Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici congeniti neonatali

La Compagnia paga o rimborsa le spese sostenute per interventi effettuati sul figlio neonato entro il numero di mesi dalla nascita, diversificati in base al livello di copertura prescelto:

BASE: 6 MESI

SILVER: 6 MESI

GOLD: 12 MESI

PLATINUM: 12 MESI

La garanzia opera in favore del figlio neonato dell'Assicurato, anche se non è inserito in copertura.

1.5 Rette di degenza dell'accompagnatore

La Compagnia paga o rimborsa le spese sostenute e documentate (fatture, parcelle, ricevute) per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera (se non c'è disponibilità nell'Istituto) di un accompagnatore dell'Assicurato.

1.6 Trasporto sanitario

La Compagnia paga o rimborsa le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno dal domicilio dell'Assicurato) e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.

La scelta del mezzo per il trasporto spetta ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o fuori dall'Europa.

1.7 Indennità sostitutiva in caso di ricovero dell'Assicurato in assenza di spese

Se l'Assicurato non sostiene spese durante il ricovero, per le necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, per favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, la Compagnia

paga un'indennità variabile in funzione del livello di copertura scelto dal Cliente (d'ora in poi indennità sostitutiva).

Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

In caso di Day Hospital l'importo è ridotto al 50%.

L'indennità sostitutiva non viene pagata per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero con pernottamento nella stessa struttura sanitaria.

All'Assicurato sono comunque rimborsate, se effettuate, le spese prima e dopo il ricovero di cui all'art. 1.1, e prima e dopo il ricovero di cui all'art. 1.2.

1.8 Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetica

La Compagnia paga o rimborsa le spese sostenute per i seguenti interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche:

- teleangectasie
- asportazione xantelasma
- adiposità localizzate
- blefaroplastica (2 o 4 palpebre)
- capezzolo introflesso
- correzione chirurgica cicatrice >5 cm
- cicatrici da acne
- correzione chirurgica cicatrice <5 cm
- dermoabrasione
- innesto dermoepidermico
- ricostruzione lobi auricolari
- otoplastica «orecchie a sventola»
- revisione di cicatrice
- interventi ricostruttivi a seguito di intervento chirurgico indennizzabile rientrante nel precedente articolo 1.1.

Prima del ricovero

La Compagnia paga o rimborsa le spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati prima dell'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

La Compagnia paga o rimborsa:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipi all'intervento
- i diritti di sala operatoria, materiale di intervento
- le rette di degenza, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- l'assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami.

Dopo il ricovero

La Compagnia paga o rimborsa le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, effettuati dopo l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

Tale garanzia è prevista per tutti i livelli di copertura, a esclusione del livello di copertura BASE.

Teleangectasie: ingrossamenti dei vasi sanguigni spesso innocui ma antiestetici e associati a diversi tipi di disturbi. In particolare, le teleangectasie rosse sono quelle che interessano i capillari, mentre quelle blu riguardano le vene.

Xantelasma: accumulo di grassi, in particolare di colesterolo, localizzato sulle palpebre. Si presenta come una placca molle e giallastra di forma e dimensione variabile che sporge sulla palpebra.

1.9 Indennità per sindrome influenzale di natura pandemica

La Compagnia paga, una sola volta per annualità di polizza, un'indennità forfettaria nei seguenti casi:

a) In caso di esito positivo degli accertamenti relativi alla presenza di sindromi influenzali di natura pandemica e di conseguente isolamento fiduciario imposto dall'Autorità Sanitaria competente. L'Assicurato dovrà fornire documenti a comprova della positività alla sindrome (referto medico dell'accertamento eseguito) e a comprova dell'imposizione dello stato di isolamento fiduciario (certificato dispositivo o qualsiasi documento utile a tal fine).

b) In alternativa, in caso di ricovero (con o senza terapia intensiva) dell'Assicurato, con o senza intervento chirurgico, presso

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

per l'accertamento o la cura di sindromi influenzali di natura pandemica.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità non è riconosciuta per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura di cui sopra e viene corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

1.10 Casi particolari

Tutti gli interventi chirurgici di cui all'Art. 1.1 includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare, gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel massimale previsto dal Modulo

ARTICOLO 2. CHE COSA NON È ASSICURATO

2.1 Persone non assicurabili

Non è possibile assicurare le persone che:

- 1) al momento della sottoscrizione della polizza o dell'Appendice Contrattuale:
 - a. abbiano più di 70 anni o, se sono 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 alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
 - c. non siano residenti in Italia
 - d. stiano seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) e/o per malattie del pancreas (escluso diabete) che non consentono il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) o cure farmacologiche, chemioterapiche, radioterapiche per neoplasie maligne
 - e. 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)
 - f. abbiano un'invalidità totale e permanente con soglia uguale o superiore al 33% o abbiano fatto domanda per ottenerla
 - g. 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, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Sclerosi multipla, altro) o distrofia muscolare
 - h. siano affette da Lupus eritematoso sistemico (LES)
- 2) nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell'Appendice Contrattuale:
 - a. siano stati 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
 - b. siano stati affetti da una malattia dell'apparato digerente diversa da stipsi, gastrite, da una malattia del sangue, da una paralisi, da una forma di cecità che abbia richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi, siano stati in coma

da sapere: si intende un'epidemia con tendenza a diffondersi ovunque, cioè a invadere rapidamente vastissimi territori e continenti:

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

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

- Sono inoltre inassicurabili le persone che abbiano almeno sei delle seguenti condizioni:
- a. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia
 - b. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) diversa da cefalea e/o emicrania
 - c. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del pancreas (diversa da diabete)
 - d. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite
 - e. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema urologico diversa da ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali
 - f. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete mellito) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo
 - g. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
 - h. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del fegato che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
 - i. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del/i polmone/i che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
 - j. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema urologico che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
 - k. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema endocrino (compreso diabete mellito) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
 - l. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dell'apparato uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
 - m. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
 - n. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
 - o. essere affetto da forma lieve di Parkinson o altre disabilità non gravi
 - p. negli ultimi 2 anni essere stato impossibilitato a svolgere le mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi
 - q. essere affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali, altro)
 - r. aver subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura
 - s. essere affetto da connettivite mista
 - t. essere affetto da poliartrite nodosa
 - u. essere affetto da sclerodermia.

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

2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

La Compagnia non fornisce alcuna prestazione in caso di:

1. infortuni avvenuti alla guida di veicoli in genere in stato di ubriachezza o in conseguenza di azioni delittuose dell'Assicurato o di atti di autolesionismo
2. infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo il caso di uso a scopo terapeutico) o di sostanze allucinogene
3. infortuni che derivino dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con respiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che

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

Da sapere

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

medicina alternativa e

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

chirurgia bariatrica: si intende il trattamento chirurgico dei pazienti affetti da obesità

ricovero improprio: si intende la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento, non necessaria nel quadro clinico, durante la quale non sono praticate terapie complesse ed eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

- comportino 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. infortuni o malattie che siano conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
 6. infortuni o malattie che siano conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
 7. infortuni o malattie che siano conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
 8. malattie mentali o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
 9. interruzione volontaria della gravidanza
 10. interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quanto previsto dalle garanzie "Ricoveri con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, interventi chirurgici ambulatoriali, parto, aborto terapeutico" e "Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetica"
 11. prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale), con l'eccezione degli interventi chirurgici odontoiatrici che si siano resi necessari a seguito di infortunio o di neoplasia maligna indennizzabili ai sensi di polizza
 12. cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze, salvo quanto previsto dalla garanzia Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti neonatali
 13. prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza
 14. trattamenti di medicina alternativa o complementare
 15. ricoveri in lungodegenza
 16. prestazioni sanitarie, cure e interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari
 17. correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) e interventi di cataratta
 18. interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità nonché prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica
 19. prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel "dopo il ricovero"
 20. spese per prestazioni di routine o controllo, vaccinazioni
 21. spese sostenute in strutture non autorizzate o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
 22. ricoveri impropri
 23. conseguenze dirette o indirette di pandemie, salvo quanto previsto dalla garanzia indennità per sindrome influenzale di natura pandemica

2.3. Esclusioni in caso di Ricoveri con o senza intervento in Istituto di cura

In caso di ricoveri con o senza intervento in Istituto di cura, dopo il ricovero sono escluse le spese alberghiere.

2.4. Esclusioni in caso di trapianti

In caso di trapianti sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi

2.5. Esclusioni in caso di Degenza in regime di Day Hospital/Day Surgery o Intervento ambulatoriale

In caso di degenza in regime di Day Hospital/Day Surgery o intervento ambulatoriale, durante la degenza sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente.

2.6. Esclusioni in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario è escluso il pagamento delle spese per le eliambulanz.

2.7. Esclusioni in caso di Parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico

In caso di Parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico sono escluse tutte le spese connesse al monitoraggio della gravidanza.

ARTICOLO 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE

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

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico				
in Network	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
fuori Network	scoperto 25% min. € 1.000 a evento	scoperto 20% min. € 750 a evento	scoperto 15% min. € 500 a evento	scoperto 10% min. € 350 a evento
mista:				
Struttura in Network	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
Équipe fuori Network	scoperto 25% min. € 1.000 a evento	scoperto 20% min. € 750 a evento	scoperto 15% min. € 500 a evento	scoperto 10% min. € 350 a evento
ticket	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
Medicina estetica (per interventi elencati in art. 1.8)				
in Network		franchigia € 350 a intervento	franchigia € 350 a intervento	franchigia € 350 a intervento
fuori Network	non previsto	scoperto 25% min. € 500 a intervento	scoperto 20% min. € 500 a intervento	scoperto 15% min. € 500 a intervento
ticket		nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia

ARTICOLO 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE

La copertura vale in tutto mondo. I danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Per le prestazioni all'estero non è garantito il regime di Assistenza diretta ma le relative spese possono essere presentate a rimborso.

Le spese sostenute all'estero sono rimborsate in euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della Banca Centrale Europea.

ARTICOLO 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

Il Cliente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione .

Il Cliente, l'Assicurato, i relativi familiari e aventi diritto consentono a Intesa Sanpaolo RBM Salute di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

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.

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

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 a esempio la data nascita dell'Assicurato), l'Assicurato può perdere tutto o in parte il diritto all'indennizzo in caso di sinistro.

ARTICOLO 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE

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

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

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

6.1 Carenze

Le prestazioni sono operanti a partire dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per le prestazioni da infortunio
- del 30° giorno successivo alla decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per i ricoveri da malattia e per l'indennità in caso di sindromi influenzali di natura pandemica
- del 90° giorno successivo alla decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche
- del 271° giorno successivo alla decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per il parto e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti neonatali.

Il ricovero iniziato durante il periodo di carenza e proseguito oltre lo stesso non dà diritto alle prestazioni previste dal Modulo.



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

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.

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

ARTICOLO 10. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o in regime misto 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 misto 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.

SEZIONE III - MODULO RICOVERI E INTERVENTI

10.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta o mista

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

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata
 - **copia del certificato di prenotazione del ricovero** o dell'autorizzazione al ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta
- **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);
- referti degli accertamenti diagnostici eseguiti prima della prestazione in caso, ove previsti dalla polizza, in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- 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 caso di ricovero, anche le équipe mediche) 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:

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post ricovero) o 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®.

La preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate non è necessaria nei soli casi di emergenza indicati alla successiva lettera a).

a) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria

Se l'assicurato è impossibilitato a contattare in anticipo la Centrale operativa

- l'Assicurato può chiedere il rilascio del voucher entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- l'Assicurato contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa allegando il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

La valutazione finale sull'effettiva esistenza del requisito di gravità rispetto al singolo caso è comunque effettuata dalla Centrale operativa; l'attivazione della procedura d'urgenza è subordinata a tale valutazione.

La procedura d'urgenza non può essere attivata per ricoveri in regime di Assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale operativa.

b) 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.

c) 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.

d) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, franchigie, prestazioni non previste dal Modulo), e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)
- 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, in caso di ricovero cartella clinica completa contenente anche la S.D.O., radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie,...).

e) Restituzione delle somme indebitamente pagate - Ricovero in Assistenza diretta:

Se, durante o dopo il ricovero, si accerta che la polizza non è valida o che ci sono elementi che determinano l'inoperatività della garanzia, la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato che deve:

- restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha pagato alla struttura e ai medici
- oppure pagare direttamente gli importi dovuti sia alla struttura che ai medici.

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

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

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

a) Richiesta di rimborso cartacea

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

1. documentazione quietanzata del pagamento delle spese (fatture, parcelle, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la marca da bollo nei casi normativamente previsti e deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di

rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta. L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola.

2. prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È necessaria la prescrizione del medico di base o di un medico specialista, diverso dal medico che effettua la prestazione, per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche

3. copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital/Day Surgery

4. dettagliata relazione medica che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale

5. referti degli accertamenti diagnostici eseguiti, in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, isteroscopia operativa per polipo endometriale

6. per trattamenti fisioterapici:

- i. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
- ii. indicazione **del titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazione

Le richieste di rimborso devono essere presentate al termine della cura.

7. per prestazioni in Regime misto: l'Assicurato deve presentare anche:

- un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata che attesta il pagamento delle prestazioni dell'équipe non convenzionata, oppure
- prova del pagamento degli onorari medici (per esempio copia del bonifico bancario eseguito)

8. 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).

9. per il rimborso dei medicinali:

- copia della ricetta e fattura (o scontrino nominativo parlante) intestata all'Assicurato con specifica dei prodotti acquistati
- copia della ricetta con il costo dei singoli prodotti e con il timbro della farmacia, insieme allo scontrino fiscale per il totale.

10. per Indennità da sindromi influenzali di natura pandemica: referto degli accertamenti relativi alla presenza delle sindromi influenzali di natura pandemica e attestazione medica di isolamento fiduciario imposto dall'Autorità Sanitaria competente

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

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

c/o Previmedical S.p.A.

Ufficio Liquidazioni

Via E. Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV)

b) Richiesta di rimborso on line

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

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

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

La Compagnia respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

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

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

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) o non trasmessa in copia conforme oppure; in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica)
- 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

La data dell'evento

- è quella del ricovero o dell'intervento chirurgico se non c'è stato ricovero
- è quella dell'accertamento della positività in caso di sindrome influenzale di natura pandemica.

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.

Tali previsioni non operano relativamente all'indennità sostitutiva dell'art. 1.7 che non è trasmissibile agli eredi in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima delle dimissioni.

10.7 Uso di medici e strutture convenzionati

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

Non è ammesso il regime rimborsuale.

Nel regime misto l'obbligo riguarda solo le prestazioni della Struttura convenzionata.

10.8 Prestazioni intramoenia

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

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

10.9 Prestazioni tra due annualità

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

Non sono ammesse fatture in acconto.

Facciamo un esempio

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

10.10 Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura

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

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.

ARTICOLO 12. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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

Riferimento normativo: art. 1910 del Codice Civile

da sapere: l'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. 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.

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.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza offerta da personale qualificato e munito di specifico diploma.

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 Venezia Mestre (VE) – Via Lazzari, 5.

CHIRURGIA BARIATRICA (“CHIRURGIA DELL’OBESITÀ”)

interventi chirurgici per ridurre l'assunzione di cibo diminuendo la capacità gastrica (interventi “restrittivi”) o la capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi “malassorbitivi”).

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.

DAY-HOSPITAL

ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da Cartella clinica. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa). Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

DAY SURGERY

Intervento chirurgico effettuato in istituto di cura, in regime di degenza diurna, senza pernottamento in istituto di cura e che richiede la compilazione della cartella clinica.

DATA EVENTO

- data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio.
- data dell'accertamento della positività alla sindrome influenzale di natura pandemica.

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

- singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o Day Surgery comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post) N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.
- singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie).
- primo accertamento della positività alla sindrome influenzale di natura pandemica.

FRANCHIGIA

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

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a ricoveri che non comportino spese sanitarie a carico dell'Assicurato, durante il ricovero.

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.

INTERVENTO CHIRURGICO

atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono intervento chirurgico.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero, Day Hospital o Day Surgery; effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.

INTERVENTO CHIRURGICO A SCOPO RICOSTRUTTIVO

atto chirurgico finalizzato alla ricostruzione anatomica e/o funzionale di organo, o parte di esso, che è stato perso per cause patologiche e o chirurgiche.

INTERVENTO CHIRURGICO CONCOMITANTE

ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.

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, di day hospital o di ricovero
- 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).

ISOLAMENTO FIDUCIARIO

periodo di isolamento di durata variabile prescritto dal Servizio Sanitario Nazionale per persone affette da sindrome influenzale di natura pandemica.

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).

LUNGODEGENZA

ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

MAC (MACROATTIVITÀ AMBULATORIALE COMPLESSA)

modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata. Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

MALATTIA

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

MALATTIE MENTALI

le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 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.

NATURA PANDEMICA

la sindrome ha natura pandemica quando è improvvisa e invasiva in tutti i gruppi di età, su scala mondiale, capace di trasmettersi da uomo a uomo in modo efficace e verso cui non è presente immunità.

NETWORK

rete convenzionata di Previmedical – Servizi per sanità integrativa costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

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 affidamento.

PANDEMIA

epidemia la cui diffusione interessi 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 MISTO

Modalità di erogazione delle prestazioni con cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
 - accede a Istituti di cura convenzionati del Network e riceve prestazioni mediche da medici non convenzionati.
-

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.

RICOVERO

degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

RICOVERO IMPROPRIO

la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
 - durante la quale non sono praticate terapie complesse
 - durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.
-

RIMBORSO

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

RISCHIO

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

SCOPERTO

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

SINDROME INFLUENZALE DI NATURA PANDEMICA

sindrome influenzale, causata da patogeno nuovo verso il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e interessa intere collettività in molte aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata e che riguarda un patogeno infettivo che causa malattie respiratorie di gravità variabile.

SINISTRO

Vedi "EVENTO".

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.

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.

SUB-MASSIMALE

importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Per ricoveri con intervento chirurgico comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI

prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza

Devono essere effettuati solo in Centri medici, da:

- medico specialista
- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995(fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
 - eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici).
-

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

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico				
Massimale	€ 250.000	€ 500.000	€ 750.000	€ 1.000.000
in Network	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
fuori Network	scop. 25% min. € 1.000	scop. 20% min. € 750	scop. 15% min. € 500	scop. 10% min. € 350
mista:				
Struttura in Network	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
Équipe fuori Network	scoperto 25% min. € 1.000 a evento	scoperto 20% min. € 750 a evento	scoperto 15% min. € 500 a evento	scoperto 10% min. € 350 a evento
ticket	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
S.S.N. (indennità sostitutiva ricovero)	€ 100 max. 180 gg. DH: indennità al 50%	€ 150 max. 270 gg. DH: indennità al 50%	€ 200 max. 300 gg. DH: indennità al 50%	€ 250 max. 365 gg. DH: indennità al 50%
Pre/Post	45/45	60/60	90/90	120/120
Limite fisioterapiche post ricovero	€ 500	€ 750	€ 1.000	€ 1.500
Limite cure oncologiche pre/ post ricovero	€ 1.000	€ 1.500	€ 2.000	€ 3.000
Parto fisiologico	€ 1.000	€ 2.000	€ 3.000	€ 4.000
Parto cesareo	€ 2.000	€ 4.000	€ 6.000	€ 8.000
Interventi neonatali (malformazioni congenite)	€ 5.000 entro 6 mesi da nascita	€ 10.000 entro 6 mesi da nascita	€ 20.000 entro 12 mesi da nascita	€ 30.000 entro 12 mesi da nascita
Limite retta di degenza (OON)	€ 150 al giorno	€ 250 al giorno	€ 300 al giorno	€ 350 al giorno
Limite app. protesici/sanitari	€ 250	€ 500	€ 750	€ 1.000
Accompagnatore	€ 50 max. 50 gg.	€ 75 max. 50 gg.	€ 100 max. 50 gg.	€ 150 max. 50 gg.
Trasporto dell'Assicurato	€ 1.500	€ 2.500	€ 3.500	€ 5.000
Medicina estetica (per interventi elencati in art. 1.8)				
Massimale		€ 1.000	€ 1.500	€ 2.500
in Network	non previsto	franchigia € 350	franchigia € 350	franchigia € 350
fuori Network		scoperto 25% min. € 500	scoperto 20% min. € 500	scoperto 15% min. € 500
ticket		nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
Pre/Post		30gg/30gg	30gg/30gg	30gg/30gg
Sindromi influenzali di natura pandemica				
Indennità forfettaria (una tantum)	positività+ isolamento fiduciario o ricovero (con/senza terapia intensiva) € 250	positività+ isolamento fiduciario o ricovero (con/senza terapia intensiva) € 250	positività+ isolamento fiduciario o ricovero (con/senza terapia intensiva) € 350	positività+ isolamento fiduciario o ricovero (con/senza terapia intensiva) € 500

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

OSPEDALIERE

BASE - Ospedaliere

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,559	1,583	1,579	1,575
2	1,642	1,632	1,633	1,635
3	1,839	1,839	1,847	1,845
4	1,588	1,591	1,591	1,584
5	1,453	1,456	1,451	1,455
6	1,369	1,371	1,373	1,372
7	1,315	1,315	1,314	1,314
8	1,274	1,275	1,275	1,273
9	1,243	1,242	1,241	1,242
10	1,467	1,457	1,457	1,457
11	1,003	1,007	1,014	1,025
12	1,003	1,008	1,016	1,027
13	1,003	1,008	1,017	1,028
14	1,003	1,009	1,018	1,029
15	1,004	1,009	1,019	1,031
16	1,004	1,010	1,020	1,032
17	1,004	1,010	1,021	1,033
18	1,004	1,011	1,021	1,034
19	1,005	1,011	1,022	1,035
20	1,000	1,003	1,018	1,034
21	1,003	1,004	1,014	1,011
22	1,004	1,006	1,016	1,012
23	1,004	1,006	1,016	1,013
24	1,004	1,005	1,016	1,013
25	1,004	1,007	1,017	1,013
26	1,005	1,007	1,017	1,014
27	1,004	1,006	1,018	1,014
28	1,005	1,007	1,018	1,014
29	1,005	1,007	1,018	1,015

30	1,005	1,007	1,019	1,015
31	1,005	1,008	1,019	1,016
32	1,005	1,008	1,019	1,016
33	1,006	1,008	1,020	1,016
34	1,005	1,008	1,020	1,013
35	1,020	1,015	1,007	1,007
36	1,022	1,017	1,008	1,008
37	1,023	1,017	1,008	1,008
38	1,023	1,017	1,009	1,008
39	1,023	1,017	1,009	1,008
40	1,023	1,018	1,009	1,008
41	1,023	1,018	1,009	1,009
42	1,023	1,018	1,009	1,009
43	1,023	1,018	1,009	1,009
44	1,023	1,018	1,010	1,009
45	1,023	1,019	1,010	1,009
46	1,023	1,019	1,010	1,009
47	1,023	1,019	1,010	1,010
48	1,023	1,019	1,010	1,010
49	1,024	1,019	1,010	1,010
50	1,023	1,019	1,010	1,010
51	1,023	1,019	1,010	1,010
52	1,024	1,019	1,011	1,010
53	1,023	1,019	1,011	1,010
54	1,023	1,018	1,008	1,004
55	1,019	1,018	1,008	1,008
56	1,016	1,018	1,008	1,008
57	1,017	1,018	1,008	1,008
58	1,017	1,018	1,008	1,008
59	1,017	1,018	1,008	1,008
60	1,017	1,018	1,008	1,008
61	1,017	1,018	1,009	1,009
62	1,017	1,018	1,009	1,008
63	1,017	1,018	1,008	1,009
64	1,017	1,018	1,009	1,009

65	1,017	1,018	1,009	1,009
66	1,017	1,018	1,009	1,009
67	1,017	1,018	1,009	1,009
68	1,017	1,018	1,009	1,009
69	1,017	1,018	1,009	1,009
70	1,017	1,018	1,009	1,009
71	1,017	1,018	1,009	1,009
72	1,017	1,018	1,009	1,009
73	1,013	1,007	1,021	1,010
74	1,015	1,007	1,020	1,010
75	1,015	1,006	1,020	1,010
76	1,015	1,007	1,020	1,010
77	1,015	1,007	1,020	1,009
78	1,014	1,007	1,020	1,010
79	1,015	1,007	1,019	1,010
80	1,014	1,007	1,019	1,010

BASE - Medicina estetica

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	-	-	-	-
2	-	-	-	-
3	-	-	-	-
4	-	-	-	-
5	-	-	-	-
6	-	-	-	-
7	-	-	-	-
8	-	-	-	-
9	-	-	-	-
10	-	-	-	-
11	-	-	-	-
12	-	-	-	-
13	-	-	-	-
14	-	-	-	-
15	-	-	-	-
16	-	-	-	-

17	-	-	-	-
18	-	-	-	-
19	-	-	-	-
20	-	-	-	-
21	-	-	-	-
22	-	-	-	-
23	-	-	-	-
24	-	-	-	-
25	-	-	-	-
26	-	-	-	-
27	-	-	-	-
28	-	-	-	-
29	-	-	-	-
30	-	-	-	-
31	-	-	-	-
32	-	-	-	-
33	-	-	-	-
34	-	-	-	-
35	-	-	-	-
36	-	-	-	-
37	-	-	-	-
38	-	-	-	-
39	-	-	-	-
40	-	-	-	-
41	-	-	-	-
42	-	-	-	-
43	-	-	-	-
44	-	-	-	-
45	-	-	-	-
46	-	-	-	-
47	-	-	-	-
48	-	-	-	-
49	-	-	-	-
50	-	-	-	-
51	-	-	-	-

52	-	-	-	-
53	-	-	-	-
54	-	-	-	-
55	-	-	-	-
56	-	-	-	-
57	-	-	-	-
58	-	-	-	-
59	-	-	-	-
60	-	-	-	-
61	-	-	-	-
62	-	-	-	-
63	-	-	-	-
64	-	-	-	-
65	-	-	-	-
66	-	-	-	-
67	-	-	-	-
68	-	-	-	-
69	-	-	-	-
70	-	-	-	-
71	-	-	-	-
72	-	-	-	-
73	-	-	-	-
74	-	-	-	-
75	-	-	-	-
76	-	-	-	-
77	-	-	-	-
78	-	-	-	-
79	-	-	-	-
80	-	-	-	-

SILVER - Ospedaliere

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,571	1,590	1,600	1,585
2	1,618	1,613	1,609	1,615
3	1,843	1,860	1,854	1,857

4	1,591	1,586	1,592	1,590
5	1,452	1,454	1,454	1,452
6	1,372	1,371	1,371	1,371
7	1,315	1,315	1,314	1,316
8	1,273	1,274	1,274	1,272
9	1,243	1,242	1,242	1,242
10	1,470	1,457	1,458	1,458
11	1,009	1,013	1,026	1,026
12	1,011	1,013	1,026	1,027
13	1,011	1,014	1,027	1,029
14	1,012	1,016	1,029	1,031
15	1,013	1,016	1,030	1,031
16	1,014	1,017	1,031	1,033
17	1,014	1,018	1,032	1,034
18	1,015	1,019	1,033	1,035
19	1,015	1,019	1,034	1,036
20	1,016	1,018	1,032	1,031
21	1,004	1,009	1,005	1,016
22	1,006	1,009	1,007	1,017
23	1,006	1,010	1,007	1,017
24	1,006	1,011	1,007	1,018
25	1,006	1,011	1,007	1,018
26	1,006	1,011	1,008	1,019
27	1,006	1,012	1,008	1,019
28	1,007	1,012	1,009	1,020
29	1,007	1,012	1,008	1,020
30	1,007	1,013	1,009	1,020
31	1,007	1,013	1,009	1,021
32	1,008	1,014	1,009	1,021
33	1,008	1,014	1,009	1,022
34	1,008	1,044	1,005	1,019
35	1,013	1,009	1,011	1,004
36	1,016	1,010	1,012	1,004
37	1,016	1,011	1,012	1,004
38	1,016	1,011	1,013	1,005

39	1,016	1,011	1,013	1,004
40	1,017	1,011	1,013	1,005
41	1,017	1,011	1,014	1,005
42	1,017	1,011	1,013	1,005
43	1,017	1,012	1,014	1,005
44	1,017	1,012	1,014	1,005
45	1,018	1,012	1,014	1,005
46	1,018	1,012	1,014	1,005
47	1,018	1,013	1,015	1,005
48	1,018	1,013	1,014	1,006
49	1,018	1,013	1,015	1,006
50	1,018	1,013	1,015	1,006
51	1,018	1,013	1,015	1,006
52	1,018	1,013	1,015	1,006
53	1,018	1,013	1,015	1,006
54	1,012	1,008	1,010	1,006
55	1,026	1,015	1,003	1,009
56	1,026	1,016	1,004	1,009
57	1,026	1,016	1,004	1,009
58	1,026	1,016	1,004	1,010
59	1,026	1,016	1,004	1,010
60	1,026	1,016	1,004	1,010
61	1,025	1,016	1,004	1,010
62	1,025	1,016	1,004	1,010
63	1,025	1,016	1,004	1,010
64	1,025	1,016	1,004	1,010
65	1,025	1,016	1,004	1,010
66	1,024	1,016	1,004	1,010
67	1,024	1,016	1,004	1,010
68	1,024	1,016	1,004	1,010
69	1,024	1,016	1,004	1,010
70	1,024	1,016	1,004	1,011
71	1,023	1,016	1,004	1,010
72	1,024	1,016	1,004	1,011
73	1,008	1,022	1,039	1,022

74	1,009	1,021	1,037	1,021
75	1,009	1,021	1,037	1,021
76	1,009	1,021	1,036	1,021
77	1,009	1,021	1,035	1,021
78	1,010	1,020	1,034	1,021
79	1,009	1,020	1,033	1,021
80	1,010	1,020	1,033	1,020

SILVER - Medicina estetica

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,500	1,500	1,500	1,500
2	1,500	1,667	1,667	1,667
3	1,889	1,800	1,900	1,900
4	1,588	1,611	1,579	1,632
5	1,444	1,448	1,433	1,419
6	1,359	1,381	1,372	1,386
7	1,302	1,310	1,322	1,311
8	1,275	1,276	1,282	1,275
9	1,250	1,237	1,240	1,235
10	1,455	1,458	1,452	1,460
11	1,006	1,011	1,022	1,027
12	1,012	1,017	1,027	1,032
13	1,006	1,011	1,032	1,031
14	1,012	1,016	1,026	1,035
15	1,012	1,016	1,030	1,034
16	1,012	1,016	1,034	1,033
17	1,012	1,021	1,033	1,036
18	1,012	1,021	1,032	1,039
19	1,017	1,015	1,035	1,038
20	1,006	1,020	1,034	1,036
21	1,006	1,010	1,008	1,016
22	1,006	1,010	1,008	1,015
23	1,006	1,010	1,008	1,015
24	1,011	1,009	1,008	1,015
25	1,005	1,014	1,008	1,018

26	1,005	1,009	1,008	1,018
27	1,005	1,014	1,012	1,018
28	1,011	1,014	1,008	1,017
29	1,005	1,009	1,012	1,020
30	1,011	1,013	1,008	1,017
31	1,005	1,013	1,011	1,020
32	1,010	1,017	1,011	1,019
33	1,010	1,013	1,011	1,019
34	1,000	1,046	1,011	1,019
35	1,015	1,012	1,011	1,006
36	1,020	1,008	1,011	1,006
37	1,015	1,012	1,011	1,003
38	1,019	1,012	1,014	1,006
39	1,014	1,011	1,010	1,006
40	1,019	1,011	1,014	1,006
41	1,018	1,011	1,010	1,006
42	1,018	1,011	1,013	1,009
43	1,018	1,011	1,013	1,006
44	1,022	1,014	1,013	1,006
45	1,017	1,011	1,013	1,006
46	1,017	1,011	1,013	1,009
47	1,021	1,014	1,016	1,006
48	1,020	1,014	1,012	1,008
49	1,020	1,014	1,012	1,006
50	1,016	1,010	1,015	1,008
51	1,019	1,013	1,015	1,008
52	1,023	1,013	1,012	1,005
53	1,018	1,016	1,014	1,008
54	1,014	1,006	1,011	1,003
55	1,025	1,016	1,006	1,008
56	1,024	1,019	1,003	1,008
57	1,024	1,018	1,006	1,008
58	1,026	1,015	1,006	1,008
59	1,023	1,018	1,006	1,010
60	1,025	1,017	1,003	1,008

61	1,022	1,020	1,005	1,008
62	1,024	1,017	1,005	1,010
63	1,024	1,016	1,005	1,008
64	1,026	1,019	1,005	1,010
65	1,022	1,016	1,005	1,007
66	1,022	1,018	1,005	1,010
67	1,024	1,018	1,005	1,010
68	1,024	1,015	1,005	1,007
69	1,023	1,017	1,005	1,010
70	1,023	1,020	1,008	1,009
71	1,022	1,017	1,005	1,009
72	1,022	1,016	1,005	1,009
73	1,009	1,019	1,023	1,021
74	1,009	1,018	1,020	1,023
75	1,009	1,018	1,022	1,022
76	1,009	1,018	1,022	1,022
77	1,011	1,017	1,021	1,021
78	1,009	1,017	1,021	1,021
79	1,009	1,019	1,020	1,020
80	1,011	1,016	1,115	1,120

GOLD - Ospedaliere

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,568	1,595	1,605	1,587
2	1,621	1,627	1,638	1,616
3	1,851	1,853	1,841	1,856
4	1,586	1,584	1,591	1,589
5	1,453	1,456	1,453	1,451
6	1,372	1,371	1,372	1,372
7	1,315	1,315	1,314	1,315
8	1,275	1,273	1,273	1,273
9	1,243	1,242	1,242	1,242
10	1,476	1,457	1,457	1,457
11	1,008	1,008	1,020	1,021
12	1,010	1,009	1,019	1,022

13	1,010	1,010	1,021	1,024
14	1,011	1,010	1,022	1,025
15	1,012	1,011	1,023	1,026
16	1,012	1,012	1,024	1,027
17	1,013	1,012	1,025	1,028
18	1,014	1,013	1,026	1,029
19	1,015	1,013	1,026	1,030
20	1,008	1,006	1,021	1,023
21	1,003	1,005	1,008	1,013
22	1,006	1,006	1,010	1,014
23	1,006	1,007	1,010	1,014
24	1,006	1,007	1,011	1,015
25	1,006	1,007	1,011	1,015
26	1,006	1,008	1,011	1,015
27	1,007	1,008	1,012	1,016
28	1,007	1,008	1,012	1,016
29	1,007	1,008	1,013	1,016
30	1,008	1,009	1,013	1,017
31	1,007	1,009	1,013	1,017
32	1,008	1,009	1,013	1,018
33	1,008	1,009	1,014	1,018
34	1,000	1,110	1,006	1,018
35	1,013	1,009	1,010	1,006
36	1,017	1,012	1,012	1,007
37	1,017	1,012	1,012	1,007
38	1,018	1,012	1,012	1,007
39	1,018	1,012	1,012	1,007
40	1,018	1,013	1,012	1,007
41	1,018	1,013	1,013	1,007
42	1,018	1,013	1,013	1,008
43	1,019	1,013	1,013	1,008
44	1,019	1,013	1,013	1,008
45	1,019	1,013	1,013	1,008
46	1,019	1,014	1,013	1,008
47	1,019	1,013	1,014	1,008

48	1,019	1,014	1,014	1,008
49	1,019	1,014	1,014	1,009
50	1,019	1,014	1,014	1,009
51	1,020	1,014	1,014	1,009
52	1,020	1,014	1,014	1,009
53	1,020	1,014	1,014	1,009
54	1,014	1,007	1,014	1,001
55	1,022	1,016	1,004	1,009
56	1,022	1,016	1,004	1,009
57	1,022	1,016	1,004	1,009
58	1,022	1,016	1,004	1,009
59	1,022	1,016	1,004	1,009
60	1,022	1,016	1,004	1,010
61	1,022	1,016	1,004	1,009
62	1,022	1,016	1,005	1,010
63	1,022	1,016	1,004	1,010
64	1,022	1,016	1,005	1,010
65	1,022	1,016	1,005	1,010
66	1,022	1,016	1,005	1,010
67	1,021	1,017	1,005	1,010
68	1,021	1,016	1,005	1,010
69	1,021	1,016	1,005	1,010
70	1,021	1,016	1,005	1,010
71	1,021	1,016	1,005	1,010
72	1,022	1,016	1,005	1,010
73	1,014	1,015	1,032	1,019
74	1,016	1,014	1,031	1,019
75	1,016	1,014	1,031	1,019
76	1,016	1,014	1,030	1,019
77	1,016	1,014	1,029	1,019
78	1,016	1,014	1,029	1,019
79	1,016	1,014	1,029	1,018
80	1,016	1,014	1,028	1,019

GOLD - Medicina estetica

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,600	1,500	1,500	1,667
2	1,625	1,556	1,667	1,500
3	1,846	1,857	1,800	1,933
4	1,583	1,615	1,593	1,552
5	1,447	1,452	1,465	1,467
6	1,364	1,361	1,365	1,379
7	1,320	1,313	1,314	1,308
8	1,263	1,275	1,274	1,269
9	1,248	1,245	1,243	1,245
10	1,455	1,457	1,458	1,457
11	1,004	1,008	1,019	1,022
12	1,009	1,008	1,019	1,025
13	1,009	1,012	1,018	1,028
14	1,009	1,012	1,022	1,027
15	1,009	1,011	1,021	1,030
16	1,008	1,011	1,024	1,029
17	1,008	1,011	1,024	1,031
18	1,008	1,015	1,026	1,030
19	1,012	1,011	1,026	1,035
20	1,008	1,007	1,025	1,031
21	1,004	1,007	1,012	1,011
22	1,004	1,007	1,009	1,014
23	1,008	1,007	1,012	1,011
24	1,004	1,007	1,015	1,013
25	1,008	1,007	1,012	1,013
26	1,004	1,007	1,014	1,016
27	1,008	1,007	1,011	1,013
28	1,004	1,010	1,014	1,015
29	1,008	1,007	1,017	1,015
30	1,008	1,010	1,014	1,017
31	1,004	1,010	1,013	1,014
32	1,008	1,010	1,016	1,017

33	1,008	1,010	1,016	1,016
34	1,007	1,109	1,016	1,011
35	1,019	1,012	1,010	1,007
36	1,018	1,011	1,010	1,009
37	1,022	1,011	1,010	1,007
38	1,018	1,011	1,010	1,009
39	1,021	1,014	1,012	1,009
40	1,017	1,014	1,010	1,009
41	1,020	1,011	1,012	1,009
42	1,023	1,013	1,012	1,009
43	1,019	1,013	1,012	1,008
44	1,019	1,013	1,012	1,011
45	1,021	1,013	1,011	1,008
46	1,021	1,015	1,011	1,010
47	1,021	1,012	1,013	1,008
48	1,020	1,015	1,011	1,010
49	1,020	1,015	1,013	1,010
50	1,022	1,014	1,013	1,010
51	1,022	1,014	1,013	1,010
52	1,021	1,014	1,013	1,012
53	1,021	1,014	1,012	1,010
54	1,018	1,009	1,012	1,006
55	1,020	1,018	1,006	1,008
56	1,020	1,018	1,006	1,008
57	1,022	1,019	1,006	1,007
58	1,019	1,017	1,006	1,007
59	1,021	1,019	1,006	1,007
60	1,020	1,018	1,006	1,009
61	1,020	1,018	1,006	1,007
62	1,020	1,018	1,006	1,007
63	1,021	1,017	1,006	1,009
64	1,019	1,017	1,008	1,007
65	1,020	1,019	1,006	1,009
66	1,020	1,018	1,006	1,009
67	1,020	1,018	1,008	

68	1,019	1,018	1,006	1,009
69	1,021	1,017	1,007	1,008
70	1,019	1,019	1,007	1,008
71	1,020	1,017	1,005	1,008
72	1,020	1,018	1,007	1,008
73	1,016	1,010	1,020	1,020
74	1,017	1,010	1,019	1,019
75	1,017	1,010	1,019	1,019
76	1,015	1,009	1,019	1,019
77	1,016	1,011	1,018	1,020
78	1,016	1,009	1,020	1,019
79	1,016	1,011	1,019	1,018
80	1,017	1,009	1,076	1,019

PLATINUM - Ospedaliere

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,553	1,600	1,604	1,580
2	1,610	1,625	1,636	1,620
3	1,842	1,846	1,841	1,859
4	1,589	1,593	1,591	1,588
5	1,453	1,453	1,453	1,452
6	1,369	1,370	1,373	1,372
7	1,316	1,315	1,314	1,315
8	1,275	1,273	1,273	1,273
9	1,245	1,242	1,242	1,242
10	1,493	1,457	1,457	1,457
11	1,012	1,011	1,017	1,015
12	1,013	1,012	1,015	1,016
13	1,014	1,013	1,016	1,017
14	1,015	1,013	1,017	1,018
15	1,016	1,014	1,017	1,018
16	1,017	1,015	1,019	1,020
17	1,018	1,016	1,020	1,021
18	1,018	1,017	1,020	1,022
19	1,019	1,017	1,021	1,023

20	1,018	1,015	1,014	1,017
21	1,004	1,007	1,003	1,016
22	1,008	1,008	1,007	1,016
23	1,009	1,009	1,007	1,017
24	1,009	1,009	1,008	1,018
25	1,009	1,010	1,008	1,018
26	1,010	1,010	1,008	1,019
27	1,010	1,010	1,008	1,019
28	1,010	1,011	1,009	1,020
29	1,010	1,011	1,009	1,020
30	1,011	1,012	1,009	1,020
31	1,011	1,011	1,010	1,021
32	1,011	1,012	1,010	1,021
33	1,012	1,052	1,010	1,021
34	1,006	1,012	1,009	1,020
35	1,006	1,006	1,010	1,003
36	1,013	1,010	1,012	1,004
37	1,014	1,011	1,013	1,005
38	1,014	1,011	1,013	1,005
39	1,014	1,011	1,013	1,005
40	1,014	1,011	1,013	1,005
41	1,015	1,011	1,013	1,005
42	1,014	1,012	1,013	1,005
43	1,015	1,012	1,014	1,006
44	1,015	1,012	1,014	1,006
45	1,015	1,012	1,014	1,006
46	1,015	1,012	1,014	1,006
47	1,016	1,012	1,014	1,006
48	1,016	1,013	1,014	1,006
49	1,016	1,013	1,015	1,006
50	1,016	1,013	1,015	1,006
51	1,016	1,013	1,015	1,006
52	1,016	1,013	1,015	1,006
53	1,016	1,013	1,015	1,007
54	1,015	1,009	1,014	1,001

55	1,022	1,012	1,003	1,009
56	1,022	1,013	1,004	1,010
57	1,022	1,013	1,004	1,010
58	1,021	1,013	1,004	1,010
59	1,021	1,013	1,004	1,010
60	1,021	1,013	1,004	1,010
61	1,022	1,013	1,004	1,010
62	1,021	1,013	1,004	1,010
63	1,021	1,013	1,004	1,010
64	1,021	1,013	1,004	1,010
65	1,021	1,013	1,004	1,010
66	1,021	1,013	1,004	1,010
67	1,021	1,013	1,004	1,011
68	1,021	1,013	1,005	1,011
69	1,021	1,013	1,005	1,011
70	1,021	1,013	1,005	1,011
71	1,021	1,014	1,005	1,011
72	1,023	1,014	1,005	1,011
73	1,013	1,022	1,041	1,029
74	1,016	1,020	1,038	1,027
75	1,017	1,020	1,037	1,027
76	1,016	1,020	1,037	1,026
77	1,016	1,020	1,036	1,026
78	1,016	1,020	1,035	1,026
79	1,016	1,020	1,034	1,025
80	1,016	1,019	1,033	1,025

PLATINUM - Medicina estetica

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,800	1,667	1,571	1,571
2	1,556	1,700	1,636	1,636
3	1,857	1,824	1,833	1,889
4	1,615	1,581	1,576	1,588
5	1,429	1,449	1,462	1,444
6	1,383	1,366	1,368	1,372

7	1,313	1,320	1,317	1,308
8	1,275	1,273	1,277	1,279
9	1,237	1,239	1,240	1,240
10	1,459	1,455	1,456	1,455
11	1,012	1,010	1,013	1,019
12	1,008	1,013	1,016	1,018
13	1,012	1,013	1,015	1,021
14	1,012	1,013	1,015	1,023
15	1,015	1,016	1,018	1,023
16	1,011	1,013	1,018	1,025
17	1,015	1,019	1,020	1,025
18	1,015	1,015	1,020	1,027
19	1,018	1,018	1,019	1,026
20	1,011	1,015	1,022	1,023
21	1,011	1,009	1,008	1,015
22	1,007	1,009	1,011	1,015
23	1,010	1,009	1,010	1,014
24	1,007	1,009	1,010	1,017
25	1,010	1,011	1,010	1,016
26	1,010	1,008	1,010	1,016
27	1,010	1,011	1,010	1,018
28	1,010	1,011	1,012	1,018
29	1,010	1,011	1,012	1,017
30	1,010	1,013	1,012	1,019
31	1,013	1,011	1,012	1,019
32	1,013	1,013	1,014	1,019
33	1,009	1,010	1,012	1,018
34	1,009	1,054	1,009	1,016
35	1,015	1,010	1,011	1,006
36	1,015	1,012	1,009	1,006
37	1,015	1,010	1,011	1,006
38	1,018	1,012	1,013	1,010
39	1,014	1,009	1,011	1,006
40	1,017	1,012	1,011	1,006
41	1,017	1,011	1,013	1,008

42	1,016	1,011	1,013	1,007
43	1,019	1,013	1,010	1,006
44	1,016	1,011	1,012	1,007
45	1,018	1,013	1,014	1,009
46	1,015	1,013	1,012	1,007
47	1,018	1,011	1,014	1,009
48	1,017	1,015	1,012	1,007
49	1,019	1,012	1,014	1,009
50	1,017	1,012	1,013	1,007
51	1,019	1,012	1,013	1,009
52	1,018	1,014	1,015	1,009
53	1,018	1,014	1,013	1,009
54	1,011	1,008	1,011	1,000
55	1,020	1,015	1,005	1,008
56	1,019	1,013	1,005	1,007
57	1,019	1,015	1,005	1,008
58	1,019	1,015	1,007	1,008
59	1,020	1,016	1,005	1,008
60	1,020	1,014	1,005	1,008
61	1,020	1,016	1,007	1,008
62	1,019	1,014	1,005	1,008
63	1,019	1,015	1,007	1,010
64	1,018	1,015	1,007	1,008
65	1,020	1,017	1,005	1,009
66	1,020	1,015	1,007	1,008
67	1,019	1,015	1,007	1,009
68	1,019	1,016	1,007	1,009
69	1,018	1,016	1,007	1,009
70	1,020	1,015	1,007	1,009
71	1,018	1,015	1,006	1,009
72	1,019	1,015	1,006	1,009
73	1,017	1,016	1,027	1,028
74	1,017	1,016	1,028	1,028
75	1,017	1,016	1,027	1,026
76	1,016	1,015	1,027	1,027

77	1,016	1,017	1,027	1,026
78	1,017	1,016	1,025	1,027
79	1,016	1,015	1,026	1,026
80	1,017	1,016	1,073	1,025

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 Ricoveri ed interventi in relazione all' attuale stato di salute (assumibilità del rischio) dell'Assicurato (Nome/Cognome).

N	Domande	Risposta
1	Sei affetto da dipendenza da sostanze psicotrope (alcol, stupefacenti, farmaci non prescritti a seguito di terapie mediche) o da sieropositività HIV?	Si - No
2	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas (compreso diabete), del fegato, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o del sistema endocrino e/o da una neoplasia maligna?	Si - No
2.1	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia del fegato 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
2.1.1	<p>"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?</p> <p>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.</p> <p>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"")</p>	<p>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</p>
3	Stai attualmente seguendo cure per una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas (escluso diabete), del fegato, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o del sistema endocrino (compreso diabete mellito) e/o da una neoplasia maligna?	Si - No
3.1	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
3.2	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

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

N	Domande	Risposta
3.2.1	Stai attualmente seguendo cure (ad es. assunzione di farmaci) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	<ul style="list-style-type: none"> - 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
4	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi, quale ad esempio una malattia dell'apparato digerente, una malattia del sangue, una malattia dell'apparato uro-genitale, una malattia del sistema osteo-articolare, una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) o hai sofferto di paralisi o da una forma di cecità o hai presentato uno stato di coma?	Si - No
4.1	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato digerente 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
4.1.1	<p>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?</p> <p>Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertrofia prostatica, artrosi e/o osteoporosi.</p> <p>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")</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Malattia dell'apparato uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) - Malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) - Malattia del sistema endocrino - No
5	Soffri di una patologia neurologica (sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer) o sei affetto da una disabilità?	Si - No
5.1	Soffri di sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, se in forma lieve)?	Si - No
5.1.1	Soffri di una forma lieve di morbo di Parkinson o di altra disabilità non grave?	Si - No
6	Hai avuto il riconoscimento di un'invalidità permanente (o hai fatto domanda per ottenerla) e/o sei stato affetto negli ultimi 2 anni da una qualche inabilità temporanea?	Si - No
6.1	Ti è stata riconosciuta un'invalidità totale e permanente con soglia uguale o superiore al 33% o hai fatto domanda per ottenerla?	Si - No
6.1.1	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

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

N	Domande	Risposta
7	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
7.1	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
7.2	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
7.2.1	Attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali, altro)?	Si - No
7.2.2	Hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
8	Attualmente soffri di una malattia reumatologica, quali ad esempio connettivite mista, lupus eritematoso sistemico (LES), poliartrite nodosa o sclerodermia)?	Si - No
8.1	Attualmente soffri di lupus eritematoso sistemico (LES)?	Si - No
8.1.1	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.