

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

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

**Prodotto: XME Protezione – Modulo Oculistica e Benessere visivo**

**Data di realizzazione: 23/01/2021**

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

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

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

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

Sede legale: Via Lazzari, 5 - Venezia Mestre

tel. +39 041 2518798

sito internet: [www.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com);

e-mail: [info@intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:info@intesasanpaolorbmsalute.com) PEC: [comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com)

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

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

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

<b>Patrimonio netto:</b> 306.026.694 Mln €	
Di cui <b>Capitale sociale:</b> 160 Mln €	Di cui <b>Riserve patrimoniali:</b> 100.873.413Mln €

Per informazioni più approfondite sulla società consulta la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito al seguente link: [https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/informazioni\\_societarie](https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/informazioni_societarie)

Di seguito un dettaglio dei principali dati presenti nella relazione:

Requisito patrimoniale di solvibilità (SCR)	Requisito patrimoniale minimo (MCR)	Fondi propri ammissibili per copertura del SCR	Fondi propri ammissibili per copertura del MCR	Indice di solvibilità (solvency ratio)
184.707.420 Mln €	46.176.855 Mln €	322.795.948 Mln €	321.320.852 Mln €	175% (185% al netto dell'add on di capitale)

Al contratto si applica la legge italiana.



**Che cosa è assicurato?**

**MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO**

**Massimali**

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



## Che cosa è assicurato?

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

### **Controllo e misurazione della vista**

- ✓ spese per il controllo e la misurazione della vista

### **Lenti e occhiali da vista**

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

**Coperture assicurative offerte**



## Che cosa è assicurato?

✓ Occhiale completo:

✓ Montatura celluloide e/o metallo

### **Interventi di chirurgia refrattiva e interventi alla cataratta**

✓ spese per le seguenti prestazioni:

✓ anisometropia maggiore di 4 diottrie di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametropo con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede pre-operatoria, la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale

✓ astigmatismo uguale o maggiore di 4 diottrie

✓ ametropie conseguenti a precedenti interventi di oftalmochirurgia non refrattiva, limitatamente all'occhio operato, al fine di bilanciare i due occhi

✓ Phototherapeutic Keratectomy (PTK) per opacità corneali, tumori della cornea, cicatrici, astigmatismi irregolari, distrofie corneali, esiti infausti di chirurgia refrattiva

✓ esiti di traumi o malformazioni anatomiche tali da impedire l'applicazione di occhiali, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale.

### **Prevenzione oculistica**

✓ valutazione anamnestica: raccolta di informazioni riguardanti le condizioni di salute generale e oculare del paziente, oltre alla sua storia clinica e alla familiarità per eventuali patologie

✓ esame del segmento anteriore e annessi oculari, attraverso lampada a fessura, per lo studio delle componenti anatomiche del segmento anteriore (cornea, iride e cristallino)

✓ studio del fundus oculi (fondo oculare): studio del segmento posteriore dell'occhio (corpo vitreo, macula, retina e papilla ottica), attraverso lampada a fessura

✓ misurazione del tono oculare: misurazione della pressione intraoculare

✓ misurazione del visus: valutazione della presenza di eventuali difetti refrattivi che alterino la visione da lontano e/o da vicino.

## Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

### **OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO**

#### [MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO](#)

Non sono previste opzioni a fronte di un pagamento di premio

### **OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO**

#### [MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO](#)

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



## Che cosa NON è assicurato?

#### [MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO](#)

##### **Rischi esclusi**

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

- ✗ ha più di 70 anni o, se è stato già assicurato 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 era assicurato, ha più di 75 anni
- ✗ è alcolista, tossicodipendente o affetto da sieropositività HIV
- ✗ non è residente in Italia



## Che cosa NON è assicurato?

- \* è affetto da cheratocono, da disturbi della retina, glaucoma o cataratta
- \* è affetto da miopia/astigmatismo superiore a 5 diottrie da uno o entrambi gli occhi e abbia età inferiore o uguale a 40 anni
- \* è affetto da miopia/astigmatismo superiore a 5 diottrie da uno o entrambi gli occhi e abbia età uguale o maggiore di 60 anni.

La Compagnia non fornisce alcuna prestazione in caso di:

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



## Ci sono limiti di copertura?

### MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO

! La copertura prevede scoperti e franchigie a carico dell'Assicurato. In particolare:

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

- ! non sono coperte le visite oculistiche specialistiche
- ! in assenza di variazione del visus, certificato durante il periodo di copertura, le prestazioni sono garantite al 50% degli importi previsti dal livello di copertura scelto
- ! per il primo acquisto è possibile acquistare due confezioni
- ! in caso di variazione del visus, certificato durante il periodo di copertura, sia il primo acquisto che i successivi acquisti di lenti a contatto, effettuati nel corso dell'anno, sono garantiti al 100%, con applicazione delle sole franchigie previste dal livello di copertura prescelto
- ! non è riconosciuto l'indennizzo delle lenti a contatto nel caso in cui l'acquisto della successiva confezione avvenga prima che sia trascorso il tempo di durata della precedente confezione.
- ! gli interventi di chirurgia refrattiva possono essere effettuati:
  - ! se l'Assicurato è di età compresa tra i 25 e i 40 anni
  - ! per un solo difetto visivo
- ! gli interventi alla cataratta sono coperti se l'Assicurato ha compiuto 41 anni
- ! Il rimborso degli interventi di chirurgia refrattiva o alla cataratta è riconosciuto solo per una tipologia di intervento per occhio per ciascuna annualità di polizza
- ! Il pacchetto di prevenzione oculistica è usufruibile una volta per annualità e solo in Assistenza diretta.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO

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



## Quando e come devo pagare?

### MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO

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



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

### MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO

#### DURATA

Sono previsti dei periodi in cui la copertura non è operante (c.d. periodo di carenza). In particolare, le prestazioni operano dalle ore 24:

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

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.

#### SOSPENSIONE

Non è prevista la sospensione del contratto.



## Come posso disdire la polizza?

### MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO

#### RIPENSAMENTO DOPO LA STIPULAZIONE

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.

#### RISOLUZIONE

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



## A chi è rivolto questo prodotto?

### MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO

Il prodotto è rivolto a persone fisiche maggiorenni, titolari di un conto corrente presso Intesa Sanpaolo, che abbiano un bisogno di protezione per sé stessi o per la propria famiglia, in caso di eventi relativi a infortuni o a malattie che rendano necessari controlli o interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta.

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



## Quali costi devo sostenere?

### MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO

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

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

### MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO

#### ALLA COMPAGNIA

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

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

Fax: 0110932609

Email: [reclami@intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:reclami@intesasanpaolorbmsalute.com)

Pec: [reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com)

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

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

#### ALL'IVASS

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

IVASS

Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

Fax: 06.42133206

PEC: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)

Info su: [www.ivass.it](http://www.ivass.it)

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

#### MEDIAZIONE

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

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

La richiesta di mediazione può essere inviata a:

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

oppure all'indirizzo PEC: [reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com)

#### NEGOZIAZIONE ASSISTITA

Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.

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

#### ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

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

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

MODULO OCULISTICA E BENESSERE VISIVO

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

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