

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

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

Prodotto: XME Protezione – Modulo Diagnostica e Analisi

Data di aggiornamento: 15/05/2021

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;

e-mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

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

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

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

Patrimonio netto: 306.026.694 Mln €	
Di cui Capitale sociale: 160 Mln €	Di cui Riserve patrimoniali: 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

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 DIAGNOSTICA E ANALISI

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?

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Diagnostica e terapie oncologiche/dialisi Massimale	€ 2.000	€ 4.000	€ 6.000	€ 8.000
Analisi di laboratorio Massimale	€ 500	€ 750	€ 1.500	€ 2.000
Coperture assicurative offerte	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.			

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

[MODULO DIAGNOSTICA E ANALISI](#)

Non sono previste opzioni a fronte di un pagamento di premio

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

[MODULO DIAGNOSTICA E ANALISI](#)

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



Che cosa NON è assicurato?

[MODULO DIAGNOSTICA E ANALISI](#)

Rischi esclusi

Non è assicurabile chi, quando comincia la copertura assicurativa:

- * 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 e affetto da sieropositività HIV
- * non è residente in Italia
- * effettua annualmente esami specialistici di approfondimento (quali, ad esempio, TAC, RM, MOC, holter, scintigrafia) ed inoltre effettua spesso esami di laboratorio non finalizzati a controlli generici (quali, ad esempio, glicemia, azotemia, transaminasi, trigliceridi, colesterolo)
- * stia 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 chi segue cure (ad es. farmaci, chemioterapia, radioterapia) per neoplasie maligne
- * è affetto 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)
- * ha un'invalidità totale e permanente con soglia uguale o superiore al 33% o abbia fatto domanda per ottenerla
- * sia affetto da disturbi neurologici del movimento o da patologie del sistema nervoso centrale (ad esempio: malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Sclerosi multipla, altro) o distrofia muscolare
- * sia affetto da Lupus eritematoso sistemico (LES)
- * si sia sottoposto a terapie oncologiche e/o immunitarie nell'ultimo anno solare.

Non è assicurabile chi nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell'appendice contrattuale:



Che cosa NON è assicurato?

- * sia 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*
- * sia stato affetto 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, sia stato in coma.

Inoltre, non può essere assicurato chi abbia almeno sei delle seguenti condizioni:

- * è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia
- * è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) diversa da cefalea e/o emicrania
- * è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del pancreas (diversa da diabete)
- * è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite
- * è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema urologico diversa da ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali
- * è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete mellito) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo
- * sta attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- * stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del fegato che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- * sta 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)
- * sta attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema urologico che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- * sta 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)
- * è 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
- * è 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
- * è 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
- * è affetto da forma lieve di Parkinson o altre disabilità non gravi
- * negli ultimi 2 anni è 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
- * è affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali, altro)
- * ha subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura
- * è affetto da connettivite mista
- * è affetto da poliartrite nodosa
- * è affetto da sclerodermia.

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 autolesivi
- * infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ 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
- ✗ interruzione volontaria della gravidanza
- ✗ prestazioni e cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici
- ✗ prestazioni e cure per eliminare o correggere difetti fisici
- ✗ prestazioni, cure per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza
- ✗ trattamenti di medicina alternativa o complementare
- ✗ prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche finalizzate o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari
- ✗ prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica
- ✗ prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico
- ✗ spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini
- ✗ 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 DIAGNOSTICA E ANALISI

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

Diagnostica e terapie oncologiche e dialisi

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
in Network	franchigia € 55 a prestazione	franchigia € 55 a prestazione	franchigia € 35 a prestazione	nessuna franchigia
fuori Network	scoperto 20% minimo € 75 a prestazione	scoperto 20% minimo € 55 a prestazione	scoperto 20% minimo € 35 a prestazione	scoperto 20%
Ticket	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia

Analisi di laboratorio

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
in Network	franchigia € 55 a fattura	franchigia € 35 a fattura	franchigia € 25 a fattura	franchigia € 15 a fattura
fuori Network	scoperto 20% minimo € 55 a fattura	scoperto 20% minimo € 35 a fattura	scoperto 20% minimo € 25 a fattura	scoperto 20% minimo € 15 a fattura
Ticket	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia

! Se le prestazioni del presente Modulo sono collegate a uno dei ricoveri previsti dal Modulo Ricoveri e Interventi, la Compagnia copre le spese solo per le prestazioni erogate nei giorni prima e dopo il ricovero in base al livello di copertura scelto nel Modulo Ricoveri e Interventi.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

MODULO DIAGNOSTICA E ANALISI

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?	DENUNCIA DI SINISTRO	
		<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 tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - App Modulo Salute messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute - App Intesa Sanpaolo Assicurazioni messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura - Internet Banking di Intesa Sanpaolo. <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 comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com o all'indirizzo e-mail sinistrixmp@intesasanpaolorbmsalute.com</p> <p>Il Cliente può denunciare il sinistro in regime rimborsuale anche nell'Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura, che gestisce l'Area Clienti di XME Protezione.</p>



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

	ASSISTENZA DIRETTA/IN CONVENZIONE	Le prestazioni vengono erogate tramite la Centrale Operativa grazie ad una specifica convenzione sottoscritta con Previmedical – Servizi per sanità integrativa.
	GESTIONE DA PARTE DI ALTRE IMPRESE	Non sono previste prestazioni fornite da altre Compagnie
	PRESCRIZIONE	I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952 del Codice Civile).
DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.	
OBBLIGHI DELL'IMPRESA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regime di assistenza diretta: 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 ✓ Regime rimborsuale: 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. 	



Quando e come devo pagare?

MODULO DIAGNOSTICA E ANALISI

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

MODULO DIAGNOSTICA E ANALISI

DURATA	<p>Sono previsti dei periodi in cui la copertura non è operante. In particolare, le prestazioni operano dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ del giorno di decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per le prestazioni da infortunio ✗ del 60° giorno successivo alla decorrenza dell'Appendice contrattuale per le prestazioni di diagnostica da malattia e le analisi di laboratorio da malattia <p>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.</p>
SOSPENSIONE	Non è prevista la sospensione del contratto.



Come posso disdire la polizza?

MODULO DIAGNOSTICA E ANALISI



Come posso disdire la polizza?

**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 DIAGNOSTICA E ANALISI

Il prodotto è rivolto a persone fisiche maggiorenni, residenti in Italia, titolari di un conto corrente presso le Banche del Gruppo Intesa Sanpaolo, che abbiano un bisogno di protezione per sé stessi o per la propria famiglia, in caso di eventi relativi a infortuni o a malattie che rendano necessari accertamenti diagnostici, terapie oncologiche, dialisi o analisi di laboratorio.

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 DIAGNOSTICA E ANALISI

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

MODULO DIAGNOSTICA E ANALISI

**ALLA
COMPAGNIA**

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

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

Fax: 0110932609

Email: reclami@intesasnpaolorbmsalute.com

Pec: reclami@pec.intesasnpaolorbmsalute.com

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

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

ALL'IVASS

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

IVASS

Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

Fax: 06.42133206

PEC: ivass@pec.ivass.it

Info su: www.ivass.it

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

MEDIAZIONE	<p>Con l'assistenza necessaria di un avvocato, l'Assicurato può interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98) per raggiungere un accordo tra le parti.</p> <p>Il tentativo di mediazione costituisce la condizione per poter procedere con una causa civile. La richiesta di mediazione può essere inviata a:</p> <p style="text-align: center;">INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A. Ufficio Reclami Via Lazzari, 5 - 30174 Venezia Mestre (VE)</p> <p>oppure all'indirizzo PEC: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</p>
NEGOZIAZIONE ASSISTITA	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p> <p>La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.</p>
ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	<p>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/</p> <p>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</p>

MODULO DIAGNOSTICA E ANALISI

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.