



Modulo Diagnostica

Appendice alle Condizioni di Assicurazione della polizza XME Protezione

Condizioni di Assicurazione redatte secondo le Linee Guida per contratti semplici e chiari del Tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari.

Dedicato ai correntisti di Intesa Sanpaolo

Modulo Diagnostica

Caro Cliente,

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

Nel Modulo sono presenti:

- **SEZIONE II** (Artt. 1 – 7) – Norme relative alle coperture assicurative
- **SEZIONE III** (Artt. 8 - 10) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**

Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del **Modulo Diagnostica** abbiamo arricchito il documento con:

- **box di consultazione** che le forniranno 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 e limiti di indennizzo.

Il set informativo di XME Protezione è disponibile sul sito internet della Compagnia www.intesasanpaoloassicura.com e le sarà comunque consegnato all'acquisto della polizza

Grazie per l'interesse dimostrato



Indice

PREMESSA

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE

Art. 1. CHE COSA È ASSICURATO	Pag. 1 di 8
Art. 2. CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 2 di 8
Art. 2.1 Persone non assicurabili	Pag. 2 di 8
Art. 2.2 Inassicurabilità sopravvenuta e cessazione del rischio	Pag. 3 di 8
Art. 2.3 Esclusioni	Pag. 3 di 8
Art. 3. DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 3 di 8
Art. 4. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Pag. 3 di 8
Art. 5. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 4 di 8
Art. 5.1 Carenza	Pag. 4 di 8
Art. 6. MODIFICHE DEL PREMIO	Pag. 4 di 8
Art. 7. SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	Pag. 4 di 8

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 8. DENUNCIA DEL SINISTRO	Pag. 5 di 8
Art. 8.1 Accertamenti diagnostici in strutture convenzionate	Pag. 5 di 8
Art. 8.2 Accertamenti diagnostici in strutture non convenzionate	Pag. 5 di 8
Art. 8.3 Accertamenti della Compagnia	Pag. 6 di 8
Art. 9. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI	Pag. 6 di 8
Art. 10. ASSICURAZIONI PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	Pag. 6 di 8

GLOSSARIO

Pag. 7 di 8

PREMESSA

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del Modulo Diagnostica (d'ora in poi il Modulo) che il Contraente (d'ora in poi il Cliente) può acquistare insieme alla polizza XME Protezione (d'ora in poi polizza), o in un secondo momento, ed integrano la Sezione I delle Condizioni di Assicurazione della polizza.

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE

NON DIMENTICHI
di verificare anche quali sono le esclusioni delle coperture di suo interesse (articolo 2.2)

Con il Modulo il Cliente acquista **per sé o per il proprio nucleo familiare** un pacchetto di coperture assicurative per effettuare, nel corso dell'annualità di polizza, **determinati accertamenti diagnostici** in caso di alterazioni dello stato di salute che si siano manifestate dopo la sottoscrizione delle coperture.

Si ricorda che per questo Modulo:

- il nucleo familiare è rappresentato dal coniuge o dalla persona unita civilmente o convivente more uxorio e dai figli anche se non conviventi

I soggetti assicurati devono essere indicati dal Cliente nel modulo di polizza o nell'Appendice contrattuale.

Unione civile: l'unione costituita tra soggetti maggiorenni dello stesso sesso nelle modalità previste dalla Legge 20 maggio 2016, n.76)

da sapere: l'Assicurato può svolgere qualsiasi professione ed essa non rappresenta una variabile per il calcolo del premio

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. Deve sempre avere un legame parentale con il Contraente (appartenere allo stesso nucleo familiare).

articolo 1. Che cosa è assicurato

L'Assicurato può effettuare gli **accertamenti diagnostici descritti nelle tabelle successive** in caso di alterazioni dello stato di salute che si siano manifestate dopo la sottoscrizione del Modulo.

Gli accertamenti diagnostici sono suddivisi per classi.

Per ogni classe è indicato il numero di accertamenti previsti in ciascuna annualità di polizza e, nel caso delle prestazioni di laboratorio, anche il costo massimo rimborsabile in ciascun periodo assicurativo.

Gli accertamenti diagnostici, possono essere svolti:

1. presso una struttura sanitaria convenzionata, con le modalità previste dall' Articolo 8.1:

TIPOLOGIA ACCERTAMENTO	ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO	N° ACCERTAMENTI
Prestazioni di laboratorio	Esami ematochimici (urine e feci comprese)	5 singoli esami con un costo massimo complessivo di 300 €
Diagnostica di base	Ecografia, Ecodopler, Ecocolordopler, Scintigrafia	3
Diagnostica avanzata	Tomografia assiale computerizzata (TAC), Risonanza magnetica nucleare (R.M.N.), Mineralometria ossea computerizzata (M.O.C.), Tomografia a Emissione di Positroni (P.E.T.)	2
Accertamenti dermatologici	Videodermatoscopia, biopsia, patch test, prick test	2



Cosa sono le strutture convenzionate?

Sono strutture sanitarie (policlinici universitari, ospedali, case di cura, poliambulatori medici, centri diagnostici, Day Hospital, Day Surgery) con le quali Medic4all ha fatto un accordo grazie al quale il Cliente può usufruire di tariffe più agevolate per gli accertamenti che desidera effettuare.

2. presso una struttura sanitaria non convenzionata con il pagamento dell'indennizzo forfettario previsto indicato nella colonna "Indennizzo per singolo accertamento" oppure con il rimborso, nel caso delle Prestazioni di laboratorio.

L'indennizzo o il rimborso verranno pagati con le modalità previste dall' Articolo 9.

CLASSE DI INDENNIZZO	TIPOLOGIA ACCERTAMENTO	ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO	N° ACCERTAMENTI	INDENNIZZO PER SINGOLO ACCERTAMENTO
1	Prestazioni di laboratorio	Esami ematochimici (urine e feci comprese)	5 singoli esami* con un costo massimo complessivo di 250 €	
2	Diagnostica di base	Ecografia, Ecodopler, Ecocolordopler, Scintigrafia	3	80 €
3	Diagnostica avanzata	Tomografia assiale computerizzata (TAC), Risonanza magnetica nucleare (R.M.N.), Mineralometria ossea computerizzata (M.O.C.), Tomografia a Emissione di Positroni (P.E.T.)	2	120 €
4	Accertamenti dermatologici	Videodermatoscopia, biopsia, patch test, prick test	2	40 €

Se gli Accertamenti diagnostici vengono effettuati in una struttura non convenzionata, sono previsti questi massimali:

- Per la Diagnostica di base **l'indennizzo massimo per ciascun esame è di 80 euro.**
- Per la Diagnostica avanzata **l'indennizzo massimo per ciascun esame è di 120 euro.**
- Per gli Accertamenti dermatologici **l'indennizzo massimo per ciascun esame è di 40 euro.**

articolo 2. Che cosa non è assicurato

2.1 Persone non assicurabili

Non è possibile assicurare:

- a) le persone che alla decorrenza del modulo di polizza o dell'Appendice contrattuale hanno più di 69 anni
- b) gli alcolisti, i tossicodipendenti, i malati di AIDS o sindromi a essa correlate
- c) le persone non residenti in Italia al momento della decorrenza del Modulo

Se nel corso dell'annualità di polizza, l'Assicurato compie 70 anni, le coperture cesseranno alla scadenza della polizza e non sarà più possibile rinnovarle tacitamente.

Se la Compagnia viene a conoscenza del fatto che l'Assicurato, al momento dell'acquisto del Modulo, era alcolista, tossicodipendente, malato di AIDS o di sindromi a essa correlate, restituirà al Cliente il premio pagato, al netto delle imposte.

da sapere: la scadenza della polizza si rinnova tacitamente di anno in anno senza necessità di un consenso esplicito del Cliente

2.2 Inassicurabilità sopravvenuta e cessazione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare tempestivamente alla Compagnia la sopravvenuta inassicurabilità.

Se l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, malato di AIDS o di sindromi a essa correlate le coperture del Modulo cesseranno e la Compagnia, a fronte della comunicazione del Cliente o dell'Assicurato restituirà al Cliente, al netto delle imposte, i premi eventualmente incassati dopo che è venuta a conoscenza della perdita dei requisiti di assicurabilità.

2.2 Esclusioni

Le coperture del Modulo non sono valide, e quindi la Compagnia non paga l'indennizzo, se i sinistri sono dovuti a:

- a) conseguenze di infortuni occorsi prima della scadenza del Modulo e conseguenze di ricadute o recidive di malattie in atto o preesistenti alla decorrenza del Modulo
- b) malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla decorrenza del Modulo
- c) infortuni causati dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, dalla pratica a titolo professionistico di sport in genere; sono governati a livello internazionale dalla Fédération Aéronautique Internationale e a livello nazionale italiano dall'Aeroclub d'Italia (riconosciuta dal CONI)
- d) infortuni subiti dall'Assicurato a causa della sua partecipazione ad atti di terrorismo o atti di guerra
- e) infortuni causati da stato di ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci
- f) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- g) guerre e insurrezioni
- h) contaminazione biologica o chimica legata ad atti di terrorismo o atti di guerra
- i) movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
- j) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (tranne quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche)
- k) partecipazione a imprese di carattere eccezionale quali, per esempio, spedizioni esplorative o artiche o himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo
- l) prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e loro conseguenze e complicanze
- m) prestazioni sanitarie relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche rivolte alla cura di depressione, stati d'ansia o di fenomeni comportamentali in genere
- n) prestazioni sanitarie per infertilità, sterilità, impotenza, fecondazione assistita
- o) le prestazioni con finalità estetiche, dietologiche, e fitoterapiche o malattie conseguenti a trattamenti estetici, a cure dimagranti e dietetiche, a chirurgia bariatrica, cure termali
- p) accertamenti diagnostici, psicoterapia, terapie mediche e chirurgiche che riguardano disturbi d'identità sessuale
- q) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale e prestazioni effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale.

da sapere: una malattia è congenita se presente fin dalla nascita

sport aerei sono tutti quegli sport praticati in cielo. Sono governati a livello internazionale dalla Fédération Aéronautique Internationale e a livello nazionale italiano dall'Aeroclub d'Italia (riconosciuta dal CONI)

da sapere: in base alla normativa vigente sussiste uno stato di manifesta ubriachezza quando il tasso alcolemico risulta superiore a 0,8 grammi per litro

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

Facciamo chiarezza sul significato di preesistenza

Se all'Assicurato viene diagnosticato ad esempio un cancro dopo il periodo di carenza ma dalle verifiche effettuate e dagli accertamenti svolti dal nostro medico legale risultasse che la sintomatologia dello stesso fosse già presente in esami o documenti medici precedenti alla sottoscrizione della copertura, la Compagnia non pagherà il sinistro.

articolo 3. Dove valgono le coperture

Le coperture del Modulo sono valide nel territorio italiano.

articolo 4. Dichiarazioni inesatte o reticenti

Le coperture del Modulo e il relativo premio sono determinati in base alle informazioni e dichiarazioni fornite dal Cliente, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Le dichiarazioni inesatte o reticenti, fornite in sede di sottoscrizione o in corso di contratto, possono causare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo in caso di sinistro.

Perché è importante fornire alla Compagnia le informazioni corrette

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

articolo 5. Quando cominciano e quando finiscono le coperture

Ferme le carenze di cui all'art. 5.1 le coperture cominciano **alle ore 24 della data indicata nel modulo di polizza** o nell'**Appendice contrattuale**, a condizione che il premio sia stato pagato, e finiscono alla data di scadenza della polizza.

In caso di **tacito rinnovo alla scadenza della polizza**, saranno rinnovate per un ulteriore anno anche le coperture del Modulo, a meno che il Cliente o la Compagnia non dia disdetta dalla polizza o dal Modulo nei tempi e con le modalità previste nella Sezione I delle Condizioni di Assicurazione della polizza.

5.1 Carenza

La copertura relativa agli accertamenti diagnostici necessari a causa di malattie, non è valida per i 60 giorni successivi alla decorrenza della polizza.

Inoltre si ricorda che:

- le malattie manifestatesi nel periodo di carenza non danno diritto alla prestazione assicurativa anche se la diagnosi è certificata a periodo di carenza concluso
- il ricovero iniziato durante il periodo di carenza e proseguito oltre tale periodo 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 dura 60 giorni.

Se una malattia si manifesta in questo intervallo di tempo la polizza verrà annullata dalla Compagnia.

articolo 6. Modifiche del premio

La Compagnia può variare unilateralmente l'importo 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 del Modulo, le coperture del Modulo si rinnovano tacitamente alle nuove condizioni di premio.

articolo 7. Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Oltre a quanto previsto dalla Sezione I delle Condizioni di Assicurazione della polizza, se tra l'Assicurato e la Compagnia nascono delle controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia, la risoluzione della controversia può essere affidata per iscritto con i relativi dettagli, a **un Collegio di tre medici**.

Ogni parte coinvolta nella controversia nomina un medico; il terzo medico, deve essere scelto tra i **consulenti medici legali**, di comune accordo tra le parti o, in caso di disaccordo, dal **Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici** della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato o dei suoi Beneficiari, luogo dove si riunirà il Collegio stesso.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e paga il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, senza formalità di legge e sono **vincolanti per le parti**, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

La richiesta può essere inviata a:

Intesa Sanpaolo Assicura
Ufficio Sinistri
Via San Francesco d'Assisi, 10 - 10122 Torino
oppure all'indirizzo e-mail comunicazioni@pec.intesasanpaoloassicura.com
o al numero di fax +39 011.093.10.62.

SEZIONE III

NORME PER LA GESTIONE DEI SINISTRI

articolo 8. Denuncia del sinistro

8.1 Accertamenti diagnostici in strutture convenzionate

Per effettuare gli accertamenti diagnostici nelle strutture convenzionate è necessario prima di tutto contattare la Centrale Operativa di Medic4all ai numeri:

dall'Italia: 800.124.124
dall'Estero: +39 02.30.32.80.13

La denuncia di sinistro può essere inviata via fax al numero +39 02.30.35.15.20 oppure via e-mail a: sinistri@medic4all.it

Per la copertura è necessario fornire **la prescrizione medica con l'indicazione della patologia e la presunta data di insorgenza**.

da sapere: non sono rimborsati gli esami di controllo e le visite mediche specialistiche

Indicazioni utili per la trasmissione della denuncia

I documenti relativi alla denuncia, inviati tramite posta elettronica, possono essere trasmessi nei seguenti formati doc, docx, jpg, tif o pdf e con una dimensione che non superi 10 MB.

La Centrale Operativa è disponibile da lunedì a venerdì dalle ore 8.30 alle 19.00. Entro le 24 ore successive alla telefonata, Medic4all prenoterà la prestazione richiesta nella struttura sanitaria scelta dall'Assicurato tra quelle convenzionate.

Queste strutture sono elencate sul sito della Compagnia www.intesasanpaoloassicura.com alla voce "cliniche convenzionate".

Si può invece verificare l'elenco dei medici convenzionati telefonando al numero 800 124.124.

Medic4all, la Centrale Operativa, una volta preso in carico il sinistro, pagherà le fatture e le ricevute (in base alla normativa fiscale in vigore al momento) emesse dagli operatori sanitari convenzionati.

8.2 Accertamenti diagnostici in strutture non convenzionate

Per gli accertamenti in strutture non convenzionate l'Assicurato, **entro 10 giorni dalla data del sinistro**, deve avvisare la Compagnia con raccomandata A/R inviata:

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. - Ufficio Sinistri
- Via San Francesco d'Assisi, 10 -
10122 Torino

Alla denuncia di sinistro vanno allegate:

- la prescrizione medica con l'indicazione della patologia
- il certificato medico attestante la data di insorgenza della patologia
- la fattura della prestazione effettuata.

Se l'Assicurato è diverso dal Contraente dovrà fornire il consenso al trattamento dei dati sensibili riportato nel modulo di denuncia di sinistro.

Gli originali delle fatture e delle notule, saranno restituiti con l'indicazione dell'avvenuta liquidazione.

notula: si intende l'elenco delle prestazioni effettuate dai medici con i relativi costi. È sinonimo di parcella o fattura

Per le prestazioni l'Assicurato deve inoltrare una fotocopia della documentazione: la Compagnia potrà richiedere in un secondo momento e se lo ritiene necessario, la documentazione in originale.

Per informazioni sullo stato del sinistro è possibile telefonare a Intesa Sanpaolo Assicura al numero **800.124.124**.

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

Eventuali accertamenti e controlli devono essere predisposti dalla Compagnia **entro 30 giorni lavorativi** da quando ha ricevuto la denuncia di sinistro.

articolo 9. Termini per il pagamento dei sinistri

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione completa relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, Intesa Sanpaolo Assicura determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato entro 30 giorni e avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni. Intesa Sanpaolo Assicura restituirà gli eventuali originali ricevuti.

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 10. Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per gli stessi rischi sono attive più polizze il Cliente, in caso di sinistro, deve avvisare tutte le Compagnie Assicurative richiedendo a ciascuno l'indennizzo/risarcimento dovuto, secondo il rispettivo contratto, come stabilito dall'Art. 1910 del Codice Civile.

GLOSSARIO

APPENDICE CONTRATTUALE

Il documento sottoscritto dal Contraente per l'acquisto o per l'eliminazione di moduli (rispetto al contratto di polizza), per la variazione dei massimali e/o delle somme assicurate.

ASSICURATO

La persona **residente in Italia** il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

CARENZA

Il periodo di tempo durante il quale le coperture non hanno effetto. Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della polizza.

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di Medic4all che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni descritti in questo Modulo.

COMPAGNIA

La Compagnia Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. con sede legale in Italia, a Torino, in Corso Inghilterra, 3, 10138.

CONTRAENTE

La persona che sottoscrive il contratto con Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. e che risiede stabilmente in Italia.

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.

INDENNIZZO

La somma che Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. deve pagare in caso di sinistro se sono riconosciuti i requisiti di indennizzabilità/risarcimento.

MALATTIA

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

MALFORMAZIONE-DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico.

MEDIC4ALL

Gruppo internazionale specializzato nei servizi e nel supporto medico a distanza; gestisce i rapporti con i medici chirurghi convenzionati e con le strutture sanitarie convenzionate, inoltre gestisce i sinistri del ramo malattia che coinvolgono gli operatori sanitari convenzionati, tramite la centrale operativa di assistenza ai clienti e, di conseguenza, provvede alla liquidazione degli stessi.

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, le somme assicurate/massimali, il premio pagato e la durata delle coperture assicurative.

ORGANISMO DI MEDIAZIONE

Ente pubblico o privato, iscritto nell'apposito registro istituito presso il Ministero della Giustizia, presso il quale si può svolgere il procedimento di mediazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia come corrispettivo dei moduli acquistati.

RISCHIO

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

SINISTRO

L'evento dannoso per cui è prestata la garanzia.

STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Le strutture sanitarie (policlinici universitari, ospedali, case di cura, poliambulatori medici, centri diagnostici, Day hospital, Day Surgery) e i medici chirurghi presso i quali l'Assicurato, previo accordo telefonico con Medic4all, può fruire del pagamento diretto per prestazioni mediche, rese necessarie dal suo stato di salute.

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. Sede Legale: Corso Inghilterra 3, 10138 Torino Direzione Generale: Via San Francesco D'Assisi 10, 10122 Torino comunicazioni@pec.intesasampaoloassicura.com Capitale Sociale Euro 27.912.258 Codice Fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Torino 06995220016 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Socio Unico: Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00125 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28