



Modulo Malattie Gravi

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 Malattie Gravi

Caro Cliente,

il Modulo Malattie Gravi 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 - 9) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**

Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del **Modulo Malattie Gravi** 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 13
1.1 Gravi patologie	Pag. 1 di 13
1.2 Assistenza a seguito di grave patologia	Pag. 3 di 13
Art. 2 CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 4 di 13
2.1 Persone non assicurabili	Pag. 4 di 13
2.2 Categorie professionali non assicurabili	Pag. 5 di 13
2.3 Esclusioni delle coperture Gravi patologie e Assistenza	Pag. 5 di 13
2.3.1 Esclusioni della sola copertura Gravi patologie	Pag. 6 di 13
2.4 Inassicurabilità sopravvenuta e cessazione del rischio	Pag. 7 di 13
Art.3 DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 7 di 13
Art.4 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE - QUESTIONARIO SANITARIO	Pag. 7 di 13
Art.5 QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 7 di 13
5.1 Carenze	Pag. 8 di 13
Art.6 MODIFICHE DEL PREMIO	Pag. 8 di 13
Art.7 SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	Pag. 8 di 13

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 8 DENUNCIA DEL SINISTRO	Pag. 8 di 13
8.1 Garanzia Gravi patologie	Pag. 8 di 13
8.2 Garanzia Assistenza	Pag. 9 di 13
8.3 Accertamenti della Compagnia	Pag. 9 di 13
Art. 9 TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI	Pag. 10 di 13

GLOSSARIO

Pag. 11 di 13

Allegato 1 - fac simile Questionario sanitario

Pag. 12 di 13

PREMESSA

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del **Modulo Malattie Gravi** (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 e integrano la Sezione I delle Condizioni di Assicurazione della polizza.

La sottoscrizione del presente Modulo è subordinata alla compilazione del Questionario Sanitario oppure, se il Cliente lo preferisce, alla Visita Medica.

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE

NON DIMENTICHI

di verificare anche quali sono le esclusioni delle coperture di suo interesse (articolo 2)

articolo 1. Che cosa è assicurato

Con il Modulo il Cliente acquista per sé le coperture per:

- **Gravi patologie**
- **Assistenza a seguito di Grave patologia (d'ora in poi anche "Assistenza")**

Il Cliente può scegliere tra **4 livelli di capitale assicurato**:

CAPITALE ASSICURATO

€ 70.000 euro

€ 100.000 euro

€ 200.000 euro

€ 300.000 euro (solo per Assicurati con età inferiore a 60 anni)

In presenza di più polizze per i medesimi rischi coperti con il Modulo, sottoscritte dal medesimo assicurato o nell'interesse di quest'ultimo, il capitale assicurato complessivo non potrà mai superare € 300.000.

Se il valore complessivo delle somme assicurate con le polizze sottoscritte dall'assicurato o nell'interesse di quest'ultimo risulta superiore a € 300.000, la Compagnia procederà a recedere dalle polizze sottoscritte più di recente, con restituzione dei premi pagati al netto delle imposte.

1.1 Gravi patologie

È previsto il pagamento di un indennizzo forfettario indicato nel modulo di polizza o nell'Appendice contrattuale, se all'Assicurato in vita, viene diagnosticata per la prima volta dopo la data di decorrenza del Modulo una delle gravi patologie di seguito descritte, a condizione che la patologia non sia insorta prima della decorrenza della copertura.

1. Infarto miocardico

Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno che abbia dato seguito ai seguenti sintomi:

- sintomi clinici tipici (ad esempio il tipico dolore cardiaco)
- comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'Elettrocardiogramma (ECG)
- variazioni degli enzimi cardiaci registrati almeno ai seguenti livelli:
 - Troponin T > 1.0 ng/ml
 - AccuTnl > 0.5 ng/ml o soglia equivalente secondo altri metodi Troponin I.

Devono sussistere prove certe di un infarto miocardico acuto compatibili con la definizione indicata in precedenza.

2. Cancro

Ogni diagnosi di neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita incontrollata e dalla

da sapere: la malattia non deve essere insorta prima della decorrenza della copertura

diffusione di cellule maligne che invadono il tessuto sano. La diagnosi di cancro deve essere accompagnata da prova istologica. Il termine neoplasia maligna comprende anche leucemia, linfoma e sarcoma.

3. Ictus cerebrale

Morte del tessuto cerebrale a causa di un'inadeguata irrorazione di sangue o a causa di un'emorragia intracranica che provoca un danno neurologico permanente con sintomi permanenti.

4. Insufficienza renale

È il termine medico che indica l'incapacità dei reni di svolgere le proprie funzioni. Può essere cronica o totale, quando coinvolgendo entrambi i reni si rende necessaria una regolare dialisi renale.

5. Insufficienza epatica cronica terminale

È una malattia permanente e irreversibile, caratterizzata da ittero permanente, varici esofagee, ascite ed encefalopatia epatica.

Questi sintomi devono essere presenti continuamente e la diagnosi di insufficienza epatica cronica terminale deve essere stata confermata dal medico specialista in Gastroenterologia o in Medicina Interna.

6. Trapianto d'organo

È la necessità di sottoporsi come ricevente al trapianto di midollo osseo o al trapianto completo di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone.

Per potersi sottoporre al trapianto è necessario l'inserimento, dietro certificazione, in lista d'attesa presso un centro qualificato in Italia.

7. Coma

È la situazione stabile in cui si trova una persona che ha perso coscienza, motilità volontaria e sensibilità.

Per certificare lo stato di coma viene richiesta una diagnosi certa di uno stato di incoscienza, senza reazione o risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che si protrae ininterrottamente per almeno 96 ore e che:

- ha un punteggio della scala di Glasgow minore o uguale a 8
- richiede l'impiego di sistemi di supporto delle funzioni vitali
- provoca un deficit neurologico persistente che deve essere valutato almeno 30 giorni dopo l'insorgere del coma.

La diagnosi deve essere confermata da un neurologo.

Cos'è la scala di Glasgow dei comi

È uno strumento standardizzato per la valutazione e la segnalazione di gravità del deterioramento del livello di coscienza dell'individuo, segno clinico di danno cerebrale. Consente di **valutare in maniera combinata tre diverse funzioni neurologiche** a ciascuna delle quali viene fatto corrispondere un punteggio. La **somma** dei singoli punteggi viene detta **score** e coincide con il **livello di coscienza del paziente**.

8. Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

È una patologia neurologica progressiva che colpisce le cellule nervose (neuroni) che controllano la muscolatura volontaria (malattia del motoneurone). La degenerazione e la conseguente morte del motoneurone (superiore e inferiore) provocano un'interruzione dei messaggi diretti ai muscoli e, infine, la perdita della capacità del cervello di dare avvio e controllare i movimenti volontari.

La diagnosi esatta deve essere confermata da un neurologo come patologia progressiva che determina un deficit neurologico permanente. Il sinistro è liquidabile solo se la diagnosi esatta è stata formulata prima dei 60 anni di età dell'Assicurato.

9. Sclerosi multipla

La diagnosi deve essere fatta da parte di un neurologo e validata da una risonanza magnetica che confermi la combinazione dei fattori qui sotto indicati, con una durata continuativa di almeno 6 mesi:

- sintomi riferibili a processi demielinizzanti localizzati in tratti (sostanza bianca) che coinvolgono i nervi ottici, il tronco encefalico e il midollo spinale e provocano deficit neurologici ben definiti
- molteplici lesioni distinte
- anamnesi ben documentata di aggravamento e remissione dei suddetti sintomi / deficit

Dialisi: è una terapia che sostituisce parzialmente la funzionalità renale e che diventa necessaria quando i reni non sono più in grado di lavorare normalmente

sclerosi multipla: è una delle più comuni malattie che colpiscono il sistema nervoso centrale. È una patologia infiammatoria demielinizzante

da sapere: la maggior parte dei nervi è rivestita da mielina, un materiale isolante che necessita di esser mantenuto in ottimo stato: un eventuale consumo o danneggiamento della stessa rischia, infatti, di causare problemi al cervello e, conseguentemente, a tutto l'organismo. La demielinizzazione è la scomparsa o il danneggiamento della mielina, con conseguenti alterazioni nel regolare funzionamento del sistema nervoso.

neurologici

Inoltre deve essere presente una compromissione clinica della funzione motoria o sensoriale.

10. Paralisi

È la perdita totale, permanente e irreversibile della funzione muscolare di due o più arti a causa di un infortunio o di una patologia a carico del midollo osseo. Per arto si intende un braccio o una gamba nella sua totalità.

In riferimento a tutte le gravi patologie sopra indicate l'indennizzo è indipendente dall'ammontare delle spese sostenute.

1.2 Assistenza a seguito di grave patologia

La Compagnia fornisce all'Assicurato le seguenti prestazioni di assistenza se gli viene diagnosticata una delle gravi patologie elencate al precedente Art. 1.

La copertura Assistenza viene fornita per il tramite di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A. (nel seguito la "Struttura Organizzativa")

a) Second Opinion

Se l'Assicurato desidera far riesaminare la propria documentazione clinica per ottenere un secondo parere medico, può contattare la Struttura Organizzativa che metterà a disposizione la propria équipe medica per sottoporre il caso al parere di uno specialista presso un centro medico d'eccellenza.

L'Assicurato (o chi ne fa le veci, se l'Assicurato è impossibilitato) dovrà spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il proprio caso, e dovrà inviare tutta la relativa documentazione medica. I medici della Struttura Organizzativa verificheranno la documentazione pervenuta e la invieranno al centro medico considerato di eccellenza per la patologia dell'Assicurato. Se necessario, la documentazione verrà tradotta in lingua straniera.

Entro 10 gg lavorativi dal ricevimento della documentazione, la Struttura Organizzativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica, sia in lingua italiana che in lingua straniera, se precedentemente tradotta.

L'Assicurato (o chi ne fa le veci se l'Assicurato è impossibilitato) può richiedere di parlare, in presenza del direttore medico della Centrale MSO (Medical Second Opinion) ed eventualmente del proprio medico curante, con il consulente del centro medico Internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o videoconferenza.

La prestazione può essere erogata dalle ore 9.00 alle ore 18.00 da lunedì a venerdì, esclusi i festivi, per **una sola volta** per annualità di polizza.

La Struttura Organizzativa si fa carico delle spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio. Il costo di eventuali ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche sarà a carico dell'Assicurato.

b) Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio

Se l'Assicurato, colpito da una delle gravi patologie elencate all'Art. 1, viene ricoverato presso un Istituto di cura per almeno 3 giorni e successivamente necessita di assistenza infermieristica a domicilio, la Struttura Organizzativa fornirà un'assistenza specializzata in base a quanto prescritto dal medico curante, per garantire di proseguire le terapie anche a casa dopo le dimissioni dall'Istituto di cura.

Per attivare la garanzia, l'Assicurato (o chi ne fa le veci se l'Assicurato è impossibilitato) deve richiedere alla Struttura Organizzativa l'attivazione di questa prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

La prestazione è prevista fino a un **massimo di 1.000,00 euro (IVA inclusa)** per annualità di polizza, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza e viene fornita 24 ore su 24 per un massimo di due volte per annualità di polizza.

c) Assistenza fisioterapica post-ricovero a domicilio

Se, l'Assicurato colpito da una delle gravi patologie elencate all'Art. 1, viene ricoverato presso un Istituto di Cura per almeno 3 giorni e successivamente necessita di cure fisioterapiche a domicilio nel periodo di convalescenza, la Struttura Organizzativa fornirà un'assistenza specializzata in base a quanto prescritto dal medico curante, così da garantire di continuare le terapie anche a casa dopo le dimissioni dall'Istituto di cura.

Per attivare la garanzia, l'Assicurato (o chi ne fa le veci se l'Assicurato è impossibilitato) deve richiedere alla Struttura Organizzativa l'attivazione di questa prestazione **due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.**

La prestazione è prevista fino a un massimo di 1.000,00 euro (IVA inclusa) per annualità di

da sapere: si intendono gli Istituti universitari, ospedali, case di cura, Day Hospital, pubblici o privati, autorizzati a dare assistenza ospedaliera

polizza, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza e viene fornita dalle ore 8 alle ore 18, da lunedì a venerdì, per un massimo di due volte per annualità di polizza.

d) Invio baby-sitter

Se l'Assicurato, colpito da una delle gravi patologie elencate all'Art. 1, non può occuparsi dei figli minori di 14 anni, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una baby-sitter.

La prestazione è prevista fino a un massimo di 8 ore per sinistro e per annualità di polizza.

Almeno 8 ore prima di attivare la copertura l'Assicurato (o chi ne fa le veci se l'Assicurato è impossibilitato) **dovrà presentare alla Struttura Organizzativa il certificato del medico curante con prognosi superiore a 3 giorni e comunicare la necessità di usufruire della prestazione.** Se il servizio non è disponibile entro il termine indicato, la Struttura Organizzativa si riserva di impiegare al massimo 48 ore per individuare una figura disponibile.

e) Taxi transfer per accompagnamento a scuola e per le attività extra scolastiche per figli minori di 14 anni

Se l'Assicurato, colpito da una delle gravi patologie elencate all'Art. 1, non può accompagnare a scuola o ad attività extrascolastiche i propri figli minori di 14 anni, la Struttura Organizzativa invierà direttamente alla residenza dell'Assicurato un taxi.

La prestazione è prevista fino a un massimo di 200,00 euro (IVA Inclusa) per sinistro e per annualità di polizza.

Per attivare la copertura, l'Assicurato (o chi ne fa le veci se l'Assicurato è impossibilitato), dovrà presentare alla Struttura Organizzativa il certificato del medico curante con prognosi superiore a 3 giorni.

f) Collaboratrice familiare

Se l'Assicurato, colpito da una delle gravi patologie elencate all'Art. 1 viene ricoverato presso un Istituto di Cura per almeno 3 giorni, necessita dell'assistenza di una persona presso il proprio domicilio per svolgere le attività domestiche quotidiane nell'arco delle prime due settimane di convalescenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una collaboratrice familiare. **La prestazione è prevista fino a un massimo di 200,00 euro per sinistro e per annualità di polizza.**

Per attivare la copertura l'Assicurato (o chi ne fa le veci se l'Assicurato è impossibilitato), **almeno due giorni prima dell'attivazione dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione.**

g) Invio di medicinali all'abitazione

Se l'Assicurato, colpito da una delle gravi patologie elencate all'Art. 1, non può allontanarsi dalla propria abitazione di residenza **per gravi motivi certificati dal medico curante** e ha bisogno di medicine, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, consegnerà quanto prescritto dal medico curante.

La prestazione viene fornita **fino a un massimo di 3 volte per annualità di polizza.**

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari è a carico dell'Assicurato.

h) Custodia animali

Se l'Assicurato, colpito da una delle gravi patologie elencate all'Art. 1, viene ricoverato presso un Istituto di Cura per almeno 3 giorni e non può accudire i propri animali domestici né affidarli a un familiare, la Struttura Organizzativa organizzerà la custodia in una struttura dedicata.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima di quando se ne ravveda la necessità

Le spese di pensionamento sono rimborsate fino a un massimo di 200,00 euro (Iva inclusa) complessivi per sinistro e per annualità di polizza.

articolo 2. Che cosa non è assicurato

2.1 Persone non assicurabili

Non è assicurabile:

- chi al momento della decorrenza delle coperture del Modulo o dell'Appendice contrattuale non abbia ancora compiuto 18 anni
- chi al momento della decorrenza delle coperture del Modulo o dell'Appendice contrattuale abbia compiuto il 61° anno di età, se sceglie il tacito rinnovo fino alla decima annualità di polizza successiva all'acquisto del Modulo.

- chi al momento della decorrenza delle coperture del Modulo o dell'Appendice contrattuale abbia compiuto il 66° anno di età, se sceglie il tacito rinnovo fino alla quinta annualità successiva all'acquisto del Modulo
- gli alcolisti, i tossicodipendenti, i malati di AIDS o sindromi correlate
- chi non è residente in Italia.

2.2 Categorie professionali non assicurabili

Non sono inoltre assicurabili le seguenti categorie professionali:

- personale che lavora in miniere, gallerie, pozzi, dighe, tunnel ed è direttamente coinvolto nei processi di estrazione o in attività nel sottosuolo di costruzione o esplorazione
- personale che lavora in piattaforma *off-shore*, sottomarino o nave ed è direttamente coinvolto in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare
- palombari, speleologi, sminatori, artificieri, *stuntman*, personale circense
- personale a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivi o sistemi esplosivi
- personale delle Forze Armate impiegato in missione all'estero.

2.3 Esclusioni delle coperture Gravi patologie e Assistenza

Premesso che l'assicurazione prevista dalla presente polizza è prestata per le alterazioni dello stato di salute dell'Assicurato insorte e diagnosticate dopo l'efficace decorrenza della garanzia, le coperture non valgono in caso di:

- a) decesso dell'Assicurato prima della diagnosi della grave patologia o, per il Trapianto d'organo, prima dell'inserimento nelle liste d'attesa presso un centro qualificato in Italia
- b) ricadute o recidive di patologie in atto o preesistenti alla decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale
- c) insorgenza di una grave patologia che si manifesti entro i primi 5 anni dalla decorrenza del Modulo e che sia dovuta all'AIDS (sindrome di immunodeficienza acquisita) ovvero ad altra patologia a essa collegata
- d) malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale.

In caso di diagnosi di grave patologia, la liquidazione non sarà comunque effettuata se il sinistro è conseguenza di:

- e) dolo da parte del Cliente o dell'Assicurato
- f) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti
- g) rifiuto di seguire le cure mediche
- h) tentato suicidio o azioni di autolesionismo
- i) movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, calamità naturali
- j) malattie neurologiche (Alzheimer e demenze, Morbo di Parkinson ed Epilessia) e mentali
- k) diagnosi rilasciata al di fuori dell'Unione Europea, Stati Uniti d'America, Canada e Australia, salvo quanto previsto all'Art. 8 -Denuncia del sinistro (vengono comunque incluse le diagnosi rilasciate in Svizzera, Norvegia, Islanda e Regno Unito)
- l) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano. In tale caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente ministero
- m) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio
- n) uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove
- o) guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni o scioperi, sommosse, tumulti cui l'Assicurato abbia preso parte attiva
- p) abuso di alcol, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e/o sostanze psicotrope e simili
- q) contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra
- r) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche)
- s) diagnosi effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale.

da sapere: la diagnosi rilasciata in questi paesi dovrà essere confermata da una Struttura Sanitaria con sede in Italia

Non verrà pagato l'indennizzo se la grave patologia diagnosticata è riconducibile alla pratica di:

- t) alpinismo oltre il 3° grado di difficoltà scala UIAA e oltre 4000 metri di altezza;
- u) attività di sub (non accompagnati, in notturna, senza brevetto e senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità visita di grotte, visita di relitti e ricerca di tesori, campane subacquee e tentativi di record);
- v) scialpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo;
- w) gare di automobilismo, gare di motociclismo, motonautica, paracadutismo, speleologia;
- x) sport estremi (ad es. base jumping, canyoning, torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping / repelling, canoa / rafting);
- y) volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio;
- z) equitazione, pugilato.

In ogni caso se l'Assicurato non usufruisce di una o più prestazioni di Assistenza, la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'Assistenza o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.

Il diritto all'Assistenza fornito dalla Compagnia cessa se l'Assicurato non ha preso contatto con la Struttura Organizzativa quando si è verificato il sinistro.

2.3.1. Esclusioni della sola copertura Gravi patologie

Oltre a quanto già previsto dal precedente punto 2.3, per la copertura Gravi Patologie sono operanti le seguenti esclusioni:

1. Infarto miocardico - sono escluse le sindromi coronariche acute ossia tutte le diminuzioni temporanee del flusso sanguigno attraverso le arterie che non determinino necrosi del tessuto cardiaco, come ad esempio l'angina pectoris.

2. Cancro - sono esclusi:

- tutti i casi che sono istologicamente classificati come:
 - pre-maligni, come ad esempio trombocitemia e policitemia rubra vera
 - non invasivi
 - carcinoma *in situ*
 - con potenziale maligno limitato o basso
- i tumori della prostata, tiroide e vescica che siano istologicamente classificati, secondo il sistema TNM, in uno stadio T1N0M0, inferiore o equivalente ad altri tipi di classificazione in uso oppure quelli classificati con un grado di Gleason 6 o di grado inferiore
- leucemia linfocitica cronica che sia istologicamente classificata inferiormente al Binet Stage A
- tutti i tipi di tumore in presenza del virus HIV
- qualsiasi tumore della pelle, tranne il melanoma maligno che abbia causato un'invasione oltre l'epidermide (strato esterno della pelle).

3. Ictus cerebrale - sono esclusi:

- attacchi ischemici transitori (TIA)
- danni traumatici al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni.

4. Insufficienza epatica cronica terminale - è esclusa l'insufficienza epatica cronica terminale secondaria causata da abuso di alcolici e sostanze stupefacenti.

5. Trapianto d'organo - sono esclusi i trapianti di qualsiasi altro organo non precedentemente indicato, parti di organo o di tessuti o cellule.

6. Coma - sono esclusi:

- coma farmacologico (artificiale) e/o il prolungamento del coma quale metodo di terapia

coma farmacologico: è uno stato reversibile di incoscienza profonda, indotto volontariamente dai medici attraverso una dose controllata di farmaci

Riferimenti normativi: Art. 186 del Codice della strada, Decreto legge n. 1720 del 30/07/10

- qualsiasi coma conseguente a lesioni autoinflitte o provocate dall'Assicurato in stato di ebbrezza nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili. Si considera in stato di ebbrezza una persona cui sia stato riscontrato un tasso alcolemico superiore ai limiti previsti dalla legge vigente.

Riferimenti normativi: Art. 186 del Codice della strada, Decreto legge n. 1720 del 30/07/10

7. Paralisi - sono escluse:

- lesioni auto-inflitte o provocate dall'Assicurato in stato di ebbrezza nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili. Si considera in stato di ebbrezza una persona cui sia stato riscontrato un tasso alcolemico superiore ai limiti previsti dalla legge vigente;
- lesioni derivanti dallo svolgimento delle professioni elencate all'Art 2.2 "Categorie professionali non assicurabili".

2.4 Inassicurabilità sopravvenuta e cessazione del rischio

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

Se, durante il periodo di validità delle coperture del Modulo, l'Assicurato **diventa alcolista, tossicodipendente, malato di AIDS o di sindromi a essa correlate o diventa parte di una delle categorie professionali non assicurabili**, le coperture cessano con effetto dalla data in cui l'Assicurato ha perso le condizioni di assicurabilità e i premi eventualmente incassati successivamente alla data in cui la Compagnia ne è venuta a conoscenza verranno restituiti al Cliente.

da sapere: le coperture cessano con effetto dalla data di inizio di svolgimento delle attività professionali non assicurabili, indipendentemente dal fatto che il cliente abbia comunicato questo cambiamento alla Compagnia

articolo 3. Dove valgono le coperture

La copertura Gravi Patologie ha validità in tutto il mondo.

La copertura Assistenza vale in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello stato della Città del Vaticano.

articolo 4. Dichiarazioni del contraente - Questionario sanitario

Le coperture del Modulo e il relativo premio sono determinati in base alle informazioni e dichiarazioni fornite dal Cliente.

Le dichiarazioni inesatte o reticenti possono causare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo in caso di sinistro.

Le dichiarazioni sullo stato di salute riportate dall'Assicurato nel questionario sanitario devono essere precise e veritiere e non devono tralasciare circostanze o informazioni che riguardano il proprio stato di salute, **pena la nullità della copertura.**

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

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

Le coperture cominciano **alle ore 24 della data indicata nel modulo di polizza** o nell'**Appendice contrattuale**, solo se che il premio è 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 nella Sezione I delle Condizioni di Assicurazione della polizza.

In base alla scelta effettuata dal Cliente il tacito rinnovo si interrompe alla quinta o alla decima annualità di polizza successiva all'acquisto del Modulo.

5.1. Carenza

La copertura diventa effettivamente operante dalle ore 24 del **90° giorno successivo alla decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale** (periodo di carenza).

Le malattie che si manifestano in questo periodo non danno diritto alla prestazione **anche se la diagnosi viene certificata dopo il termine del periodo di carenza**

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 90 giorni.

Se una malattia insorge in questo intervallo di tempo il Modulo verrà annullato 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 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.intesasnanpaoloassicura.com

o al numero di fax +39 011.093.10.62.

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

articolo 8. Denuncia del sinistro

8.1. Garanzia Gravi patologie

La denuncia di sinistro deve essere presentata dall'Assicurato o da chi ne fa le veci entro 30 giorni dalla data della diagnosi telefonando al **numero verde 800.124.124** (dall'estero +39 02.30328013) attivo da lunedì a venerdì dalle ore 08.30 alle ore 20.00 oppure con una comunicazione scritta, completa della documentazione di seguito indicata relativa alle gravi patologie di cui all'Art. 1.1.

La comunicazione può essere inviata tramite una e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: sinistri@pec.intesasnanpaoloassicura.com

oppure tramite raccomandata A/R a

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

Insieme alla denuncia di sinistro dovranno essere inviate alla Compagnia:

- **dichiarazione del medico specialista** che attesti lo stato di salute dell'Assicurato
- **cartelle cliniche e certificazione medica** riferita alla grave patologia oggetto del sinistro.

La Compagnia può richiedere eventuale, ulteriore documentazione, se quella ricevuta non risulta completa.

Per avere diritto alle prestazioni previste dalla garanzia Gravi Patologie l'Assicurato dovrà essere in vita al momento della diagnosi. Per il solo trapianto d'organo il diritto alle prestazioni previste è acquisito nel momento in cui l'Assicurato viene inserito nelle liste d'attesa presso un centro qualificato in Italia.

La diagnosi rilasciata all'Assicurato (in vita) da una struttura medica al di fuori dell'Unione Europea, Stati Uniti d'America, Canada e Australia dovrà essere confermata da una Struttura Sanitaria con sede in Italia (vengono comunque incluse le diagnosi rilasciate in Svizzera, Norvegia, Islanda, Regno Unito).

Se il decesso avviene prima della conferma della diagnosi in Italia, non verrà corrisposto il capitale previsto dal Modulo o dall'Appendice contrattuale.

A seguito della liquidazione del capitale assicurato, il Modulo si estingue e nessun'ulteriore prestazione sarà prevista nel caso in cui venga diagnosticata una seconda grave patologia.

Per informazioni sullo stato del sinistro si può telefonare alla Compagnia al Numero: 800.124.124 attivo da lunedì a venerdì dalle ore 8.30 alle ore 20.00 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30.

8.2. Garanzia Assistenza

Le prestazioni sono fornite dalla Struttura Organizzativa alla quale l'Assicurato o chi ne fa le veci se l'Assicurato è impossibilitato, potrà rivolgersi direttamente 24 ore su 24 chiamando il numero:

800.124.124 per le chiamate dall'Italia
+ 39 02.30328013 per le chiamate dall'estero

Se è impossibile contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al n. **02.24128245**.

In ogni caso l'Assicurato o chi ne fa le veci se l'Assicurato è impossibilitato, deve comunicare e fornire:

1. il tipo di assistenza di cui necessita
2. nome e cognome
3. indirizzo del luogo in cui si trova
4. recapito telefonico al quale la Struttura Organizzativa potrà contattarlo
5. certificazione medica che attesti la diagnosi della Grave Patologia.

Se l'Assicurato non ha preventivamente contattato la Struttura Organizzativa per qualsiasi motivo, la Compagnia non pagherà le prestazioni previste in quanto non direttamente disposte dalla Struttura Organizzativa stessa.

8.3 Accertamenti della Compagnia

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione attinente 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 che siano ritenuti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

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.

L'Assicurato è il Beneficiario del capitale assicurato e matura il diritto all'indennizzo se è in vita al momento della diagnosi o, per il trapianto d'organo al momento dell'inserimento nelle liste d'attesa presso un centro qualificato in Italia.

In caso di decesso dell'Assicurato, successivo alla diagnosi, il diritto all'indennizzo resta comunque acquisito e viene trasmesso agli eredi.

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, espressamente indicata nel Modulo di polizza o nell'Appendice contrattuale, **residente in Italia** il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

CAPITALE ASSICURATO

La somma dovuta da Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. in caso di sinistro.

CARENZA

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

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso terapeutico/diagnostico effettuato, gli esami e la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

COMPAGNIA

La Compagnia Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. ha 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.

DATA DEL SINISTRO

Giorno in cui viene diagnosticata la malattia, attestato da certificato medico.

Per il solo Trapianto d'organo il diritto alle prestazioni previste è acquisito nel momento in cui l'Assicurato viene inserito nelle liste d'attesa presso un centro qualificato in Italia.

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 e le singole coperture con i relativi indennizzi, il premio e la durata delle coperture assicurative

MOMENTO DELLA DIAGNOSI

Momento (data e ora) in cui un medico, quando l'assicurato è ancora in vita, certifica la presenza di una delle Gravi Patologie indicate all' Art.1.1 delle Condizioni di Assicurazione.

PERIODO ASSICURATIVO

Periodo che va dall'inizio della copertura del Modulo assicurativo alla scadenza della polizza XME Protezione.

PREMIO

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

RISCHIO

La possibilità che si verifichi l'evento Assicurato.

SINISTRO

L'evento dannoso per cui è prestata la garanzia.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A. a cui Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. ha affidato la gestione delle prestazioni di Assistenza Infortuni.

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

Il presente questionario serve per determinare se l'Assicurato (Nome e Cognome) possa stipulare Il Modulo Malattie Gravi in relazione al suo attuale stato di salute (assumibilità del rischio), con scadenza il xx/xx/xxx. Le risposte alle seguenti domande sono necessarie per la sottoscrizione del Modulo.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa anche ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Prima della sottoscrizione, quindi, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate.

1) Selezionando la riga riferita alla sua altezza in centimetri ti chiediamo di dichiarare se il tuo peso rientra nel limite espresso in chilogrammi della riga selezionata:

1	Altezza tra 150 cm - 155 cm, peso tra 41 kg - 78 kg	<input type="checkbox"/>
2	Altezza tra 156 cm - 160 cm, peso tra 44 kg - 84 kg	<input type="checkbox"/>
3	Altezza tra 161 cm - 165 cm, peso tra 47 kg - 89 kg	<input type="checkbox"/>
4	Altezza tra 166 cm - 170 cm, peso tra 50 kg - 95 kg	<input type="checkbox"/>
5	Altezza tra 171 cm - 175 cm, peso tra 53 kg - 101 kg	<input type="checkbox"/>
6	Altezza tra 176 cm - 180 cm, peso tra 56 kg - 107 kg	<input type="checkbox"/>
7	Altezza tra 181 cm - 185 cm, peso tra 59 kg - 113 kg	<input type="checkbox"/>
8	Altezza tra 186 cm - 190 cm, peso tra 63 kg - 120 kg	<input type="checkbox"/>
9	Altezza tra 191 cm - 195 cm, peso tra 66 kg - 126 kg	<input type="checkbox"/>
10	Altezza tra 196 cm - 200 cm, peso tra 70 kg - 133 kg	<input type="checkbox"/>
11	Altezza tra 201 cm - 205 cm, peso tra 73 kg - 140 kg	<input type="checkbox"/>
12	Altezza tra 206 cm - 210 cm, peso tra 77 kg - 147 kg	<input type="checkbox"/>
13	Altezza tra 211 cm - 215 cm, peso tra 82 kg - 154 kg	<input type="checkbox"/>
14	Altezza tra 216 cm - 220 cm, peso tra 86 kg - 161 kg	<input type="checkbox"/>
15	Non c'è nessuna riga nella quale il mio peso rientra nei limiti indicati in funzione della mia altezza	<input type="checkbox"/>

2) Sei attualmente sotto controllo medico per valori aumentati di glicemia o ti è mai stato diagnosticato un diabete mellito? SI' NO

3) Negli ultimi cinque anni sei stato ricoverato in ospedale a causa di malattie cardiovascolari, cerebrovascolari, tumorali, del fegato, dei polmone/i, del pancreas e/o dei reni? SI' NO

4) Fai attualmente uso regolare e continuativo di farmaci (ad eccezione di antipertensivi e/o farmaci per la cura di iperlipidemia e asma) per la cura di malattie cardiovascolari, cerebrovascolari, tumorali, dei polmoni, del pancreas, del fegato e/o dei reni o l'hai fatto durante gli ultimi cinque anni? SI' NO

5) Ti è stata riconosciuta un'invaldità totale e permanente o ha fatto domanda per ottenerla? SI' NO

6) Ti trova in una, o più di una, delle condizioni di seguito elencate:
 • Dipendente da sostanze psicotrope (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non prescritti a seguito di terapie mediche);
 • Sieropositivo o affetto da AIDS;
 • Affetto da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici.

SI' NO

7) Hai sofferto o soffri di problemi correlati a sclerosi multipla o a sclerosi laterale amiotrofica e/o ti è mai stato suggerito da un medico di sottoporsi a esami specialistici per le due patologie precedentemente indicate che abbiano dato esiti fuori dalla norma? SI' NO

8) Svolgi una delle seguenti professioni non assicurabili:
 • Personale che lavora in miniere, gallerie, pozzi, dighe, tunnel ed è direttamente coinvolto nei processi di estrazione o in attività di costruzione o esplorazione nel sottosuolo;
 • Personale che lavora in qualsivoglia piattaforma off-shore, sottomarino o nave ed è direttamente coinvolto in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
 • Palombari, speleologi, sminatori, artigiani, stuntman, personale circense;
 • Personale a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivi o sistemi esplosivi; Personale delle forze armate impiegato in missione all'estero.

SI' NO

Luogo e Data

Firma dell'Assicurato

L'Assicurato attesta di aver risposto in modo consapevole alle domande del questionario e che le risposte indicate sono conformi a quelle dallo stesso fornite.

Firmato con firma grafometrica da "Nome e Cognome dell'Assicurato"

Il "XX/XX/XXXX alle ore "hh:mm"

Assicurato

X

Firmato digitalmente da "Nome e Cognome dell'Assicurato"

Il "XX/XX/XXXX alle ore "hh:mm"

Assicurato

X

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.intesasanpaoloassicura.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