



Area Salute

Modulo Malattie Gravi+

Appendice

alle Condizioni di Assicurazione della polizza XME Protezione

Edizione Luglio 2024

Dedicato ai correntisti di Intesa Sanpaolo

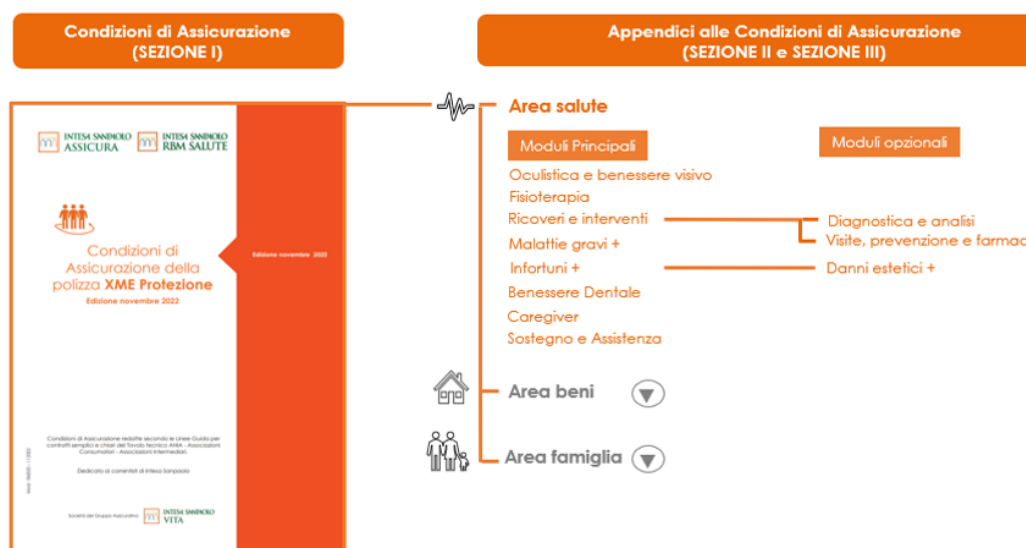
Modulo Malattie Gravi+

Caro Cliente,

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

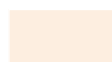
Nel Modulo sono presenti:

- **SEZIONE II** (Artt. 1 – 9) – Norme relative alle coperture assicurative acquistate
- **SEZIONE III** (Artt. 10 - 12) – 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 forniscono informazioni e approfondimenti su alcuni aspetti del contratto; sono degli spazi facilmente individuabili perché contrassegnati con margine arancione e con il simbolo della lente di ingrandimento.
- note inserite a margine del testo, segnalate con un elemento grafico arancione, che forniscono brevi spiegazioni di parole, sigle e concetti di uso poco comune
- punti di attenzione, segnalati con un elemento grafico, vogliono ricordare al cliente di verificare che le coperture di suo interesse non siano soggette a esclusioni, limiti, franchigie e scoperti.
- elemento grafico di colore grigio, identifica le clausole vessatorie che è necessario conoscere prima della sottoscrizione del contratto e che richiederanno una specifica approvazione in sede di acquisto della polizza
- elemento grafico di colore arancione, identifica le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie od oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato su cui è importante porre l'attenzione prima della sottoscrizione del contratto.



Il set informativo di XME Protezione, disponibile sul sito internet di Intesa Sanpaolo Assicura www.intesasanpaoloassicura.com e sul sito di Intesa Sanpaolo RBM Salute www.intesasanpaolorbmsalute.com e che le sarà comunque consegnato al momento dell'acquisto della polizza, è composto da:

- **Condizioni di Assicurazione di XME Protezione**
- **Documento Informativo Precontrattuale (DIP)**
- **Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo)**
- **Appendice alle Condizioni di assicurazione del Modulo acquistato**

Grazie per l'interesse dimostrato

Indice

PREMESSA

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

Articolo 1. CHE COSA È ASSICURATO	Pag. 1 di 26
1.1 Malattie gravi	Pag. 2 di 26
1.2 Second Opinion	Pag. 2 di 26
1.3 Visita di controllo	Pag. 4 di 26
Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 4 di 26
2.1 Persone non assicurabili	Pag. 4 di 26
2.2 Esclusioni per tutte le garanzie	Pag. 6 di 26
2.3 Esclusioni in caso di Malattie gravi	Pag. 6 di 26
Articolo 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE	Pag. 7 di 26
Articolo 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 7 di 26
Articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Pag. 7 di 26
Articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 7 di 26
6.1 Carenze	Pag. 8 di 26
Articolo 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO	Pag. 9 di 26
Articolo 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO	Pag. 9 di 26
Articolo 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	Pag. 9 di 26

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Articolo 10. DENUNCIA DEL SINISTRO	Pag. 9 di 26
10.1 Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta	Pag. 9 di 26
10.1.1 Modalità per richiedere la visita di controllo	Pag. 9 di 26
10.1.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa	Pag. 10 di 26
10.1.1.2 Ricerca della Struttura	Pag. 10 di 26
10.1.1.3 Validità dell'autorizzazione	Pag. 11 di 26
10.1.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni	Pag. 11 di 26
10.1.1.5 Annullamento dell'autorizzazione	Pag. 11 di 26
10.1.1.6 Accesso a una struttura convenzionata senza preventiva autorizzazione	Pag. 11 di 26
10.1.1.7 Dopo la prestazione	Pag. 11 di 26
10.1.2 Per richiedere la Second Opinion	Pag. 11 di 26
10.1.3 Casi di rifiuto del sinistro	Pag. 12 di 26
10.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Domanda di indennizzo una tantum per Malattie gravi	Pag. 12 di 26
10.3 Data dell'evento	Pag. 13 di 26
10.4 Lingua della documentazione	Pag. 13 di 26
10.5 Accertamenti di Intesa Sanpaolo RBM Salute	Pag. 13 di 26
10.6 Decesso dell'Assicurato	Pag. 14 di 26
10.7 Uso di medici e strutture convenzionati	Pag. 14 di 26
10.8 Imposte e oneri amministrativi	Pag. 14 di 26
Articolo 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI	Pag. 14 di 26
Articolo 12. SERVIZI NON ASSICURATIVI A DISPOSIZIONE DELL'ASSICURATO	Pag. 15 di 26

GLOSSARIO

Pag. 16 di 26

ALLEGATO 1 - Tabella riepilogativa dei limiti del Modulo Malattie Gravi+

Pag. 18 di 26

ALLEGATO 2 - Tabella dei coefficienti

Pag. 18 di 26

ALLEGATO 3 - Fac-simile Questionario Sanitario e delle Professioni non assicurabili

Pag. 24 di 26

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 per sé o per conto di altro soggetto (d'ora in poi l'Assicurato) da Intesa Sanpaolo RBM Salute insieme alla polizza XME Protezione (d'ora in poi la Polizza), o in un secondo momento, e integrano la Sezione I delle Condizioni di Assicurazione.

La sottoscrizione del Modulo è subordinata alla compilazione di un Questionario Sanitario per verificare che l'Assicurato abbia le condizioni di assicurabilità.

Intesa Sanpaolo RBM Salute, in collaborazione con la struttura organizzativa di InSalute Servizi (di seguito la Struttura Organizzativa) grazie ad una specifica convenzione fornisce all'Assicurato, nei limiti indicati nel modulo di polizza, le prestazioni elencate di seguito.

Sono previsti i seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

ASSISTENZA DIRETTA

Modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate dalla Centrale Operativa, direttamente alla struttura sanitaria del Network.

REGIME INDENNITARIO

Modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale la Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce un indennizzo per le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dall'Assicurato, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Modulo.

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

NON DIMENTICHI

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

Il Modulo prevede:

- l'indennizzo una tantum in caso di prima diagnosi di una malattia grave
- un secondo parere medico (Second Opinion)
- una visita di controllo l'anno

in base al livello di copertura scelto dal Cliente tra quelli previsti dal Modulo, denominati Silver, Gold e Platinum.

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

Il Modulo è acquistabile indipendentemente dall'acquisto di altri Moduli di XME Protezione.

Si ricorda che per questo Modulo:

- il nucleo familiare è rappresentato dal coniuge o dalla persona unita civilmente o dal convivente di fatto e dai figli e dai minori in affidamento, anche di un solo coniuge, della persona unita civilmente e del convivente di fatto anche se non conviventi con il Cliente e anche se non fiscalmente a carico
- l'annualità di polizza va dalla data di inizio delle coperture del Modulo o dalla data del tacito rinnovo delle stesse, fino alla data di scadenza della polizza.

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

Il Cliente può acquistare il presente Modulo per sé stesso o per una o più persone del proprio nucleo familiare.

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

Network: è la rete convenzionata costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri

Sezione II

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

Convivenza di fatto: si intendono per «conviventi di fatto» due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile (nelle modalità previste dalla Legge 20 maggio 2016, n.76).

Tacito rinnovo: la scadenza della polizza si rinnova di anno in anno senza necessità di un consenso esplicito del Cliente



Contraente e Assicurato: facciamo chiarezza

Il Contraente è la persona che sottoscrive la polizza e paga il premio e può non coincidere con l'Assicurato.

L'Assicurato è il soggetto o i soggetti che beneficiano delle coperture.

ARTICOLO 1. CHE COSA È ASSICURATO

Il Modulo prevede, in caso di prima diagnosi di una malattia grave:

- l'indennizzo una tantum in caso di prima diagnosi, documentata, di una delle seguenti patologie/eventi: infarto miocardico, cancro, ictus cerebrale, insufficienza renale, insufficienza epatica, trapianto d'organo, coma, malattia del motoneurone, sclerosi multipla, paralisi, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer e demenze causate da Alzheimer
- un secondo parere medico (Second Opinion) relativamente alle predette patologie
- una visita di controllo l'anno in Assistenza diretta

Il Modulo prevede 3 livelli di copertura: Silver, Gold e Platinum, con medesime garanzie, ma diversi massimali e diversi livelli di indennizzo.

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Malattie gravi Indennizzo una tantum	€ 100.000 una tantum (diminuiti al 50% dopo i 65 anni)	€ 200.000 una tantum (diminuiti al 50% dopo i 65 anni)	€ 300.000 una tantum (diminuiti al 50% dopo i 65 anni)
Second Opinion	una tantum	una tantum	una tantum
Visita di controllo in Network	1 volta all'anno	1 volta all'anno	1 volta all'anno

Per ogni ulteriore dettaglio si rinvia all'Allegato 1 - Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Malattie Gravi+.

Il Cliente può richiedere la variazione dei livelli di copertura inizialmente scelti. La variazione deve essere concordata con Intesa Sanpaolo RBM Salute in base ai livelli di copertura vigenti al momento della richiesta.

Intesa Sanpaolo RBM Salute, mediante l'accesso ai servizi della Centrale Operativa e alla sua rete di strutture convenzionate (nel seguito Network), nei limiti indicati nel modulo di polizza o nell'Appendice Contrattuale, fornisce all'Assicurato le prestazioni elencate di seguito.

da sapere: Intesa Sanpaolo RBM Salute paga l'importo previsto contrattualmente indipendentemente dal costo della prestazione.

1.1. Malattie Gravi

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un indennizzo una tantum se all'Assicurato 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:

- **Infarto miocardico:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (cardiologo) di infarto miocardico acuto. L'infarto miocardico acuto è la morte di una parte del miocardio causata da un mancato apporto di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere confermata da un aumento e/o caduta dei biomarker cardiaci (Troponina I, Troponina T o CK-MB) rispetto al livello considerato diagnostico di infarto miocardico acuto e da almeno 2 dei seguenti criteri:
 - o segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un infarto miocardico acuto
 - o nuovi cambiamenti nell'ECG caratteristici di un infarto miocardico acuto
 - o riscontri nella diagnostica ad immagini di nuova perdita di vitalità del miocardio
 - o nuova anomalia del movimento della parete regionale
- **Cancro:** diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (oncologo) di cancro. Il cancro è un tumore maligno diagnosticato come tale dall'esame istopatologico. Il cancro comprende linfomi maligni e malattie maligne del midollo osseo inclusa la leucemia.

malattia del motoneurone:

gruppo di patologie neurologiche che affliggono selettivamente i soli motoneuroni, le cellule cerebrali (neuroni) che controllano l'attività della muscolatura volontaria, tra cui la parola, la camminata, la deglutizione, il respiro e i movimenti generali del corpo.

- Ictus: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di ictus. L'ictus è la morte del tessuto cerebrale dovuta ad un apporto insufficiente di sangue o ad un'emorragia entrambi caratterizzati dalla comparsa improvvisa di nuovi riscontri neurologici, coerenti con la diagnosi di ictus, tali che devono persistere continuativamente ed essere oggettivamente riscontrabili almeno 60 giorni successivi all'evento. Sono richiesti nuovi riscontri alla TAC o alla RMI tali da confermare la diagnosi di ictus.
- Insufficienza renale: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (nefrologo) di insufficienza renale terminale all'ultimo stadio di entrambi i reni. La diagnosi deve richiedere permanentemente dialisi regolare.
- Insufficienza epatica: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (gastroenterologo) di insufficienza epatica. La diagnosi deve attestare una patologia cronica del fegato che risulta in uno stadio terminale di insufficienza epatica dovuto a cirrosi. Devono essere presenti tutti i seguenti sintomi: ittero permanente, asciti, encefalopatia epatica.
- Trapianto d'organo: il sottoporsi a un trapianto come ricevente di uno dei seguenti organi umani interi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, midollo osseo o l'inclusione in una lista ufficiale di trapianti italiana per tale procedura.
- Coma: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di coma. La diagnosi deve attestare uno stato di incoscienza permanente e irreversibile, caratterizzato dall'assenza di reazioni a stimoli esterni o bisogni interni. Lo stato di incoscienza deve:
 - o richiedere l'utilizzo di sistemi di supporto delle funzionalità vitali per un periodo continuativo di almeno 96 ore
 - o essere associato ad un deficit neurologico permanente, con persistenza della sintomatologia clinica
- Malattia del motoneurone: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di una delle seguenti malattie del motoneurone in presenza di sintomi permanenti e irreversibili: Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Paralisi Bulbare Progressiva (PBP), Sclerosi Laterale Primaria (SLP), Atrofia Muscolare Progressiva (AMP). La diagnosi deve attestare a livello clinico la compromissione permanente e irreversibile della funzionalità motoria.
- Sclerosi multipla: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di Sclerosi Multipla in presenza di sintomi persistenti. La diagnosi deve attestare la presenza di una compromissione clinica della funzionalità motoria o sensoriale, con una durata continuativa di almeno 6 mesi.
- Paralisi di un arto intero: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di paralisi di un arto intero. La diagnosi deve attestare la perdita totale, permanente e irreversibile della funzionalità muscolare di un arto intero.
- Morbo di Parkinson: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo, geriatra) di Morbo di Parkinson in presenza di sintomi permanenti. La diagnosi deve attestare a livello clinico la compromissione irreversibile della funzionalità motoria associata a tremore e/o rigidità muscolare.
- Morbo di Alzheimer: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo, psichiatra, geriatra) di Morbo di Alzheimer in presenza di sintomi permanenti e irreversibili. La diagnosi deve attestare a livello clinico la perdita permanente e irreversibile della capacità di svolgere tutte le seguenti attività:
 - o ricordare
 - o ragionare
 - o percepire, comprendere, esprimere e concretizzare idee e pensieri.
- Demenze causate da Alzheimer: demenze come sintomo e conseguenza dell'Alzheimer.

Per avere diritto alle prestazioni previste dalla presente garanzia, l'Assicurato dovrà essere in vita al momento della diagnosi.

Nel caso in cui la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta in un Paese diverso da Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, Repubblica di San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di richiedere, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione, conferma della diagnosi a una Struttura Sanitaria con sede in Italia. Nel caso in cui, invece, la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da uno dei Paesi inclusi nel precedente elenco, Intesa Sanpaolo RBM Salute non si riserva di chiedere la conferma della diagnosi a una Struttura Sanitaria con sede in Italia.

Se il decesso avviene prima della conferma della diagnosi in Italia, non verrà corrisposto l'indennizzo previsto dal presente Modulo o dall'Appendice contrattuale. L'indennizzo è riconosciuto solo una volta e solo per una delle patologie elencate, per l'intera durata della copertura assicurativa.

1.2 Second Opinion

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può richiedere un secondo parere medico, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

La Second Opinion può essere fornita una sola volta per l'intera durata della copertura assicurativa.

Il parere può riguardare esclusivamente le seguenti patologie/eventi:

- Infarto miocardico
- Cancro
- Ictus
- Insufficienza renale
- Insufficienza epatica
- Trapianto d'organo
- Coma
- Malattia del motoneurone
- Sclerosi multipla
- Paralisi di un arto intero
- Morbo di Parkinson
- Morbo di Alzheimer
- Demenze causate da Alzheimer

L'Assicurato (o, se impossibilitato, chi è delegato dall'Assicurato) dovrà spiegare ai medici della Centrale Operativa il proprio caso, e dovrà inviare tutta la relativa documentazione medica.

I medici della Centrale Operativa verificheranno la documentazione pervenuta e la invieranno al centro medico convenzionato col Network specializzato in relazione alla patologia dell'Assicurato.

Entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione, la Centrale Operativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica.

Intesa Sanpaolo RBM Salute si fa carico delle spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio.

La Second Opinion può essere richiesta entro 6 mesi dalla maturazione del diritto all'indennizzo, cioè dal momento della prima diagnosi.

1.3 Visita di controllo

È garantita la possibilità di effettuare, presso le strutture convenzionate del Network, una visita specialistica gratuita per ciascuna annualità di polizza, in qualsiasi specializzazione.

Non è richiesto che la visita sia relativa alle patologie elencate al punto 1.1.

La visita è garantita anche in caso di consulto o mero controllo; non è pertanto richiesta la prescrizione medica.

ARTICOLO 2. CHE COSA NON È ASSICURATO

2.1 Persone non assicurabili

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

- a) abbiano meno di 18 anni
- b) abbiano più di 70 anni
- c) non siano residenti in Italia

Non sono inoltre assicurabili le persone che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino in una o più delle seguenti condizioni:

- a) siano affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
- b) svolgano una delle seguenti professioni:

- acrobata trapezista
- artista controfigura
- aviazione civile (piloti e membri di equipaggio)
- chimico o fisico nel comparto dell'energia o della fabbricazione degli esplosivi
- collaudatore di auto o motoveicoli dipendente di case automobilistiche e/o motociclistiche
- guida alpina
- addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali
- operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare
- operaio di impianti di energia nucleare
- sommozzatore o palombaro
- speleologo
- titolare o dipendente con lavoro manuale (in cava con uso di esplosivi, in cantieri edili o in cantieri di sistemazione idraulica entrambi collocati in gallerie, pozzi e simili o che utilizzino esplosivi, in miniera)
- elisoccorso
- addetto alla disinfestazione
- addetto allo smaltimento dei rifiuti speciali (incluso amianto)

Le attività di volontariato, che si sostanziano in attività che escludono l'assicurabilità, sono equiparabili alle attività professionali.

- c) stiano seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ad es. 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 persone che stanno seguendo cure (ad es. farmaci, chemioterapia, radioterapia) per neoplasie maligne
- d) siano affette da sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, se in forma iniziale)
- e) abbiano invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o che ne abbiano fatto domanda per ottenerla
- f) siano affette 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, SLA, Sclerosi multipla) o distrofia muscolare
- g) siano affette da Lupus eritematoso sistemico (LES)

Sono inoltre inassicurabili le persone che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell'Appendice contrattuale:

- a) essere state affette da una malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica, angioma epatico) e/o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ
- b) essere state affette da una malattia dell'apparato digerente (escluse stipsi, gastrite) e/o una malattia del sangue e/o una paralisi e/o da una forma di cecità che abbia richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi e/o siano stati in coma

Non sono inoltre assicurabili le persone che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino avere almeno sei delle seguenti condizioni:

- a) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolica, pericardite acuta e/o iperdislipidemia
- b) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia dei vasi cerebrali (ad es. ischemia, trombosi, emorragia) diversa da cefalea e/o emicrania
- c) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del pancreas (escluso diabete)
- d) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite
- e) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema urologico e/o urogenitale diversa da ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali
- f) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo

Iperdislipidemia: aumento di quantità dei lipidi circolanti nel sangue, in particolare del colesterolo, dei trigliceridi, dei fosfolipidi (ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, iperfosfolipidemia). È una condizione clinica nella quale sono presenti nel sangue elevate concentrazioni di lipidi.

- g) stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- h) stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del fegato che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- i) stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del/i polmone/i che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- j) stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema urologico e/o urogenitale che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- k) stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema endocrino (compreso diabete) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- l) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia dell'apparato urologico e/o uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- m) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- n) essere state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- o) essere affette da forma iniziale di Parkinson o altre disabilità non gravi
- p) negli ultimi 2 anni essere state impossibilitate a svolgere le mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi
- q) essere affette da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali)
- r) abbiano subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura
- s) essere affette da connettivite mista e/o indifferenziata
- t) essere affette da poliartrite nodosa
- u) essere affette da sclerodermia.

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

2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

È esclusa dalla garanzia l'insorgenza di una malattia grave causata direttamente o indirettamente da:

- a) attività dolosa del Cliente o Assicurato
- b) partecipazione dell'Assicurato o Cliente a delitti dolosi
- c) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti
- d) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo
- e) uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- f) infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifici entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione.

2.3 Esclusioni per Malattie Gravi

Sono escluse le seguenti patologie:

- altre sindromi coronariche acute diverse dall'infarto miocardico
- angina senza infarto miocardico

Da sapere: AJCC: American Joint Committee on Cancer

- carcinoma in situ, cancro in situ, cancro non invasivo, displasia e tutte le condizioni pre-maligne
- carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
- tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
- carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcoma protuberante
- cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (, saliva, feci, urina...) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili
- attacco ischemico transitorio (TIA)
- lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni
- emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente; anomalie riscontrate dalla TAC o alla RMI in assenza di chiara sintomatologia clinica di ictus e relativi deficit neurologici
- trapianto di altri organi diversi dal cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, midollo osseo, parti di organi, tessuti o cellule
- trapianto parziale o l'impiego di cellule staminali
- coma farmacologico
- coma secondario legato all'abuso di alcool o sostanze stupefacenti
- Sindrome Parkinsoniana e Parkinsonismo
- altre forme di demenza diverse dal Morbo di Alzheimer
- altre forme di demenza non dovute ad Alzheimer.

ARTICOLO 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE

Non sono previsti franchigie e scoperti per le prestazioni del Modulo.

ARTICOLO 4. DOVE VALGONO COPERTURE

La garanzia Malattie Gravi vale in tutto il mondo.

La Visita di controllo e la Second Opinion possono essere effettuate solo in Italia.

I danni sono liquidati in Italia e in euro

ARTICOLO 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

Il Cliente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni esatte, complete e non reticenti: se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e le coperture assicurative possono cessare.

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

Se Intesa Sanpaolo RBM Salute viene a conoscenza del fatto che l'Assicurato, al momento dell'acquisto del Modulo da parte del Cliente, era inassicurabile le coperture cessano dal momento in cui Intesa Sanpaolo RBM Salute ne è venuta a conoscenza.

Se l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate o se l'Assicurato modifica la propria residenza all'estero successivamente all'acquisto del Modulo, le coperture del Modulo terminano e Intesa Sanpaolo RBM Salute, a fronte della comunicazione del Cliente o dell'Assicurato restituisce al Cliente, al netto delle imposte, i premi eventualmente incassati dopo che sia venuta a conoscenza della perdita dei requisiti di assicurabilità.

Perché è importante fornire a Intesa Sanpaolo RBM Salute le informazioni corrette

Se il Cliente o l'Assicurato comunicano a Intesa Sanpaolo RBM Salute informazioni inesatte che sono rilevanti per la validità della polizza (come ad esempio la data di nascita dell'Assicurato), l'Assicurato può perdere tutto o in parte il diritto all'indennizzo in caso di sinistro.

ARTICOLO 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE

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, ferme le carenze di cui al successivo Art. 6.1 e finiscono alla data di scadenza della polizza.

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

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.

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

Il rinnovo tacito del Modulo è possibile fino alla scadenza della quinta annualità successiva a quella della decorrenza della polizza o se precedente, alla scadenza della prima annualità di polizza successiva al compimento dei 65 anni dell'Assicurato.

A tali scadenze, se il Modulo è ancora acquistabile, sarà possibile rinnovare le coperture del Modulo alle condizioni vigenti a tale data, a condizione che venga compilato un nuovo Questionario Sanitario per consentire a Intesa Sanpaolo RBM Salute di verificare se sussistano ancora i requisiti di assicurabilità.

In ogni caso, al compimento dei 70 anni dell'Assicurato, alla scadenza della successiva annualità di polizza, le coperture del Modulo non sono più rinnovabili.

ESEMPI

1. Il Cliente sottoscrive XME Protezione il 31/01/2025. Il 10 ottobre 2026 acquista anche il Modulo Malattie Gravi+. In assenza di disdetta della polizza o del Modulo da parte del Cliente o di Intesa Sanpaolo RBM Salute le coperture del Modulo Malattie Gravi+ si rinnovano tacitamente di anno in anno fino al 31/01/2031. Il Cliente potrà sottoscrivere nuovamente il Modulo Malattie Gravi+, ove ancora commercializzato, compilando un nuovo Questionario Sanitario.
2. Il Cliente sottoscrive XME Protezione il 31/01/2025 e acquista contestualmente il Modulo Ricoveri e interventi. Il 10 ottobre 2026 acquista anche il Modulo Malattie Gravi+. In assenza di disdetta della polizza o dei Moduli le coperture si rinnovano tacitamente di anno in anno, il Modulo Ricoveri e interventi fino al 31/01/2030 e il Modulo Malattie Gravi+ fino al 31/01/2031. Il Cliente potrà sottoscrivere nuovamente il Modulo Ricoveri e Interventi ed il Modulo Malattie Gravi+, ove ancora commercializzati, compilando i rispettivi Questionari Sanitari.
3. Il Cliente, nato il 27 gennaio 1963, sottoscrive XME Protezione e acquista contestualmente il Modulo Malattie Gravi+ il 30/04/2041, all'età di 61 anni. In assenza di disdetta della polizza o del Modulo, le coperture del Modulo si rinnovano tacitamente di anno in anno fino al 30/04/2028, ricorrenza annua successiva al compimento dei 65 anni del Cliente. In tale data il Cliente può sottoscrivere nuovamente il Questionario Sanitario e il modulo si rinnova tacitamente di anno in anno fino al 30/04/2033.

6.1 Carenze

Le garanzie sono operanti a partire dalle ore 24 del 90° giorno di decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale.

Cos'è la carenza

È il periodo di tempo durante il quale le garanzie non hanno effetto. L'efficacia della garanzia parte infatti dopo il periodo di carenza.

Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della polizza e ha una durata diversa a seconda della prestazione assicurata.

Sezione III

ARTICOLO 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Ad ogni annualità di polizza successiva a quella dell'acquisto il premio del Modulo:

- è incrementato in funzione dell'età dell'Assicurato
- può variare in caso di eventuali cambi di residenza comunicati dall'Assicurato.

I criteri di incremento e variazione del premio sono indicati nell'Allegato 2 – Tabella dei coefficienti, che è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

ARTICOLO 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute può variare unilateralmente i coefficienti per il calcolo del premio del Modulo, comunicandolo al Cliente almeno 60 giorni prima della scadenza delle coperture.

In questo caso, il Cliente ha il diritto di esercitare la disdetta dal Modulo, per iscritto o seguendo le modalità indicate nella comunicazione inviata da Intesa Sanpaolo RBM Salute. Se il Cliente non effettua la disdetta, le coperture del Modulo si rinnovano tacitamente alle nuove condizioni di premio.

ARTICOLO 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato è obbligato a comunicare quanto prima se, in vigenza di copertura:

- diventa alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate, modifica la propria residenza all'estero. In ogni caso le coperture del Modulo cessano immediatamente al verificarsi di almeno uno dei suddetti eventi e Intesa Sanpaolo RBM Salute restituisce al Cliente, al netto delle imposte, i premi eventualmente incassati dopo che ne sia venuta a conoscenza;
- modifica la propria residenza in altra provincia italiana, in modo che Intesa Sanpaolo RBM Salute valuti un eventuale modifica del premio di polizza;
- in caso dei minori in affidamento, viene revocato o modificato il provvedimento di affidamento, in modo che Intesa Sanpaolo RBM Salute valuti se il minore possa restare in copertura.

Le comunicazioni devono essere inviate per iscritto a: Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. via San Francesco d'Assisi, 10, 10122 Torino.

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

ARTICOLO 10. DENUNCIA DEL SINISTRO

Per sinistro si intende:

- la prima diagnosi, documentata, di una delle seguenti patologie/eventi: infarto miocardico, cancro, ictus cerebrale, insufficienza renale, insufficienza epatica, trapianto d'organo, coma, malattia del motoneurone, sclerosi multipla, paralisi, morbo di Parkinson, morbo di Alzheimer e demenze causate da Alzheimer
- un secondo parere medico (Second Opinion) relativamente alle predette patologie
- una visita di controllo l'anno in Assistenza diretta

L'Assicurato può attivare le prestazioni assicurative e denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o può richiedere l'indennizzo una tantum per Malattie gravi, secondo le modalità di seguito indicate:

10.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

10.1.1 Modalità per richiedere la visita di controllo

Per attivare le prestazioni assicurative ed effettuare l'apertura di sinistro l'Assicurato deve indicare con precisione:

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com, dall'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, dall'Internet Banking di Intesa Sanpaolo, sul sito internet www.intesasanpaoloassicura.com o telefonando al numero 800.124.124.

L'elenco dei medici convenzionati si può consultare dall'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, dall'Internet Banking di Intesa Sanpaolo o telefonando al numero 800.124.124.

La Centrale operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica (ossia non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal Medico di medicina generale ai fini della cura della patologia dell'assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura.

L'Assicurato deve:

- scegliere la Struttura del Network presso la quale eseguire la prestazione e contattarla per fissare la data della prestazione

- chiedere a Intesa Sanpaolo RBM Salute l'autorizzazione all'erogazione della prestazione, indicando la Struttura scelta e la data fissata.

Intesa Sanpaolo RBM Salute rilascia l'autorizzazione alla prestazione entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa e della data della prestazione. In caso di richiesta di integrazione, il termine di 7 giorni per il rilascio dell'autorizzazione decorre dal giorno di ricevimento della documentazione giustificativa completa e della data della prestazione. Nell'autorizzazione sono evidenziate le eventuali spese a carico dell'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti).

Se Intesa Sanpaolo RBM Salute conclude positivamente i controlli di natura amministrativa e medica della richiesta avanzata, invia all'Assicurato l'autorizzazione alle prestazioni in assistenza diretta tramite e-mail e notifica tramite App (laddove richiesto dall'Assicurato è anche possibile ricevere conferma dell'autorizzazione tramite sms); contestualmente informa anche la struttura convenzionata individuata. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone dovrà stampare l'autorizzazione ricevuta per poterla consegnare alla struttura sanitaria ed accedere alla prestazione.

All'interno dell'SMS, dell'e-mail o della notifica tramite App saranno presenti i dettagli dell'autorizzazione ricevuta e le eventuali quote a carico dell'Assicurato, in caso di applicazione di scoperto, franchigia o superamento del massimale.

La prestazione richiesta deve essere in ogni caso effettuata entro il termine della validità del Modulo.

Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

10.1.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

Non è necessario trasmettere alcun documento alla Centrale Operativa.

10.1.1.2 Ricerca della Struttura

L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, l'Internet Banking di Intesa Sanpaolo, sul sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.com o sul sito internet www.intesasanpaoloassicura.com o telefonando alla Centrale Operativa.

Intesa Sanpaolo RBM Salute indica, se disponibili nel territorio, le strutture sanitarie convenzionate in grado di garantire la prestazione.

L'Assicurato può comunque scegliere di effettuare la prestazione in una struttura sanitaria diversa, in base alle proprie esigenze.



Importante per lei:

Per poter usufruire delle prestazioni in prossimità della scadenza della copertura assicurativa, è importante chiedere per tempo il rilascio dell'autorizzazione perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

La prestazione richiesta deve essere in ogni caso effettuata entro il termine della validità del Modulo.

Facciamo un esempio

Esempio: se la scadenza del Modulo è il 30 novembre e l'autorizzazione è stata rilasciata il 10 Novembre, la prestazione deve essere eseguita entro i 20 giorni successivi.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione e pertanto la copertura potrebbe non operare.

10.1.1.3 Validità e riemissione dell'autorizzazione

L'autorizzazione è valida 90 giorni dalla data di rilascio.

Superato tale termine, in presenza di copertura, l'Assicurato può richiedere il rilascio di una nuova autorizzazione

10.1.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica alla prestazione autorizzata dalla Centrale Operativa, affinché questa, se i controlli amministrativi danno esito positivo, rilasci una nuova autorizzazione.

10.1.1.5 Annullamento dell'autorizzazione

L'Assicurato può annullare l'autorizzazione dall'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, dall'Internet Banking di Intesa Sanpaolo o contattando la Centrale Operativa.

10.1.1.6 Accesso a una struttura convenzionata senza preventiva autorizzazione

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare la procedura di accesso alle prestazioni, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né indennizzata.

10.1.1.7 Dopo la prestazione

- Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento delle spese indennizzabili a termini di polizza alla struttura sanitaria del Network che ha erogato la prestazione
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dal presente Modulo, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura

10.1.2 Per richiedere la Second Opinion

Per richiedere la Second opinion, l'Assicurato (o, se impossibilitato, chi è stato delegato dall'Assicurato) deve contattare Intesa Sanpaolo RBM Salute chiamando i numeri: dall'Italia: 800.124.124 dall'Estero: +39 02.30328013 e inviare la documentazione medica intestata all'Assicurato. La Centrale Operativa è disponibile da lunedì a venerdì dalle ore 8.30 alle 20.00.

La Centrale Operativa, verificata la documentazione pervenuta, la invia al centro medico convenzionato con il Network e specializzato in relazione alla patologia dell'Assicurato.

Entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione, la Centrale Operativa invia all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica.

Intesa Sanpaolo RBM Salute si fa carico delle spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio.

10.1.3 Casi di rifiuto del sinistro

Intesa Sanpaolo RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- garanzia non prevista
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionata
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

10.2 Procedura di accesso alle prestazioni – Domanda di pagamento dell'indennizzo una tantum per Malattie Gravi

L'Assicurato può richiedere l'indennizzo una tantum per Malattie gravi:

- tramite l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni
- tramite l'Internet Banking di Intesa Sanpaolo
- inviando richiesta scritta a:
- sinistrixmp@insaluteservizi.com

oppure a:

Intesa Sanpaolo RBM Salute c/o InSalute Servizi Via San Francesco d'Assisi, 10 10122 Torino

- tramite l'Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura, che gestisce l'Area Clienti di XME Protezione.

Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva la facoltà di richiedere la documentazione in originale.

a) Richiesta di indennizzo online

Per ottenere l'indennizzo, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può inviare online la propria richiesta allegando la documentazione comprovante la prima diagnosi durante il periodo di copertura di una delle patologie previste dal presente Modulo. In ogni caso, l'Assicurato deve allegare alla richiesta di indennizzo copia dei seguenti documenti:

1. dichiarazione del medico specialista che attesti la diagnosi di una delle patologie elencate nel presente Modulo
2. eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter liquidare il sinistro

Per avere diritto alle prestazioni previste dal presente Modulo l'Assicurato dovrà essere in vita al momento della diagnosi.

b) Richiesta di indennizzo cartacea

L'Assicurato in alternativa può inviare la propria richiesta, con la documentazione medica, compilando il modulo di richiesta indennizzo (disponibile sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com oppure www.intesasanpaoloassicura.com). Se sceglie di non utilizzare tale modulo, l'Assicurato deve in ogni caso corredare la richiesta di indennizzo con tutte le informazioni presenti nel modulo stesso.

La richiesta di indennizzo con i relativi allegati deve essere inviata a:

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.
c/o InSalute Servizi S.p.A.
Via San Francesco d'Assisi, 10
10122 Torino

Intesa Sanpaolo RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di indennizzo se la documentazione giustificativa è incompleta.

Se l'Assicurato non integra la domanda di indennizzo entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, il sinistro è respinto; la richiesta può essere ripresentata.

10.3 Data dell'evento

- Quella della diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di indennizzo una tantum
- per il solo trapianto di organo, quella in cui l'Assicurato viene inserito nelle liste d'attesa ufficiali di trapianti italiane o quella del trapianto, se non c'è stato l'inserimento nelle predette liste
- quella della richiesta di Second Opinion per il secondo parere medico
- quella della visita per la visita di controllo.

10.4 Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano e dall'Inglese, deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese sostenute da Intesa Sanpaolo RBM Salute per la traduzione sono a carico dell'Assicurato

10.5 Accertamenti di Intesa Sanpaolo RBM Salute

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti di Intesa Sanpaolo RBM Salute, fornire ogni informazione necessaria e presentare la documentazione medica richiesta.

Inoltre, l'Assicurato e, nel caso, i suoi familiari e gli aventi diritto, devono consentire la visita dei medici incaricati di Intesa Sanpaolo RBM Salute e qualsiasi indagine o accertamento ritenuti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto:

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi a partire dalla denuncia di sinistro.

10.6 Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede, gli eredi o gli aventi diritto per chiedere l'indennizzo previsto dal presente Modulo devono:

- avvisare Intesa Sanpaolo RBM Salute il prima possibile
- presentare ulteriore documentazione quale:
 - certificato di morte dell'Assicurato
 - copia autenticata del testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - gli estremi del testamento
 - la dichiarazione che il testamento sia l'ultimo valido e non impugnato
 - l'indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
 - se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà resa dal soggetto interessato ad un pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - che non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritti o quote di eredità
- se ci sono aventi diritto minorenni o incapaci di agire: copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Intesa Sanpaolo RBM Salute a liquidare il capitale agli aventi diritto
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale di ciascun avente diritto
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli aventi diritto, con l'indicazione di un unico codice IBAN su cui effettuare il bonifico per indennizzare i sinistri presentati e riconosciuti indennizzabili o gli eventuali indennizzi non ancora presentati al momento del decesso.

Se il decesso avviene prima della conferma in Italia della diagnosi di una delle patologie previste dalla garanzia Malattie gravi, non verrà corrisposta alcuna indennità.

10.7 Uso di medici e strutture convenzionati

Per la visita di controllo, l'Assicurato può accedere a una struttura convenzionata o un medico convenzionato solo in Assistenza diretta e non è possibile il pagamento a rimborso.

Anche la Second Opinion è garantita esclusivamente in Assistenza diretta.

10.8 Imposte e oneri amministrativi

Sono carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura.

ARTICOLO 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI

Assistenza diretta

Se sono superati positivamente i controlli amministrativi e medici della richiesta, Intesa Sanpaolo RBM Salute rilascia l'autorizzazione alla prestazione entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa e della data della prestazione. In caso di richiesta di integrazione della documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni per il rilascio dell'autorizzazione decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa e della data della prestazione. Nell'autorizzazione sono evidenziate le eventuali spese a carico dell'Assicurato.

Per la Second Opinion, entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta e della relativa documentazione medica, la Centrale Operativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica.

Regime indennitario

Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a pagare l'indennizzo dovuto all'Assicurato entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di indennizzo completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessarie.

Dopo questo periodo Intesa Sanpaolo RBM Salute corrisponde 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.

ARTICOLO 12. SERVIZI NON ASSICURATIVI A DISPOSIZIONE DELL'ASSICURATO

Sono messi a disposizione dell'Assicurato, tramite App Intesa Sanpaolo Assicurazioni e a titolo gratuito, i seguenti servizi non assicurativi:

1. Prenotazione dell'appuntamento per le prestazioni in forma diretta
Solo per determinate prestazioni e limitatamente alle sole Strutture Aderenti e, sempre che la prestazione sia prevista dalla presente copertura assicurativa, è possibile prenotare l'appuntamento direttamente in App Intesa Sanpaolo Assicurazioni in fase di richiesta della diretta nell'ambito della funzionalità "Richiedi Prestazione in forma Diretta".
2. Videovisita
Solo per alcune tipologie di visite, incluse le prestazioni di cui al precedente punto 1, è possibile richiedere che le stesse vengano effettuate a distanza tramite videovisita online attraverso un collegamento messo a disposizione in App Intesa Sanpaolo Assicurazioni.
3. Consultazione referti e documentazione medica
Per le sole prestazioni di cui al precedente punto 1 è possibile, inoltre, consultare e scaricare i referti e la documentazione medica per i quali è prevista la refertazione online.

L'elenco delle strutture sanitarie che hanno aderito all'erogazione dei servizi non assicurativi è consultabile sul sito internet <https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/> (nel presente articolo le "Strutture Aderenti").

Si precisa che tali servizi sono utilizzabili per specifiche prestazioni erogate dalle strutture del Network:

- esclusivamente in caso di assistenza in forma diretta (non in regime rimborsuale);
- previste dalla presente copertura assicurativa ed effettivamente indennizzabili (ad esempio non sono utilizzabili per le prestazioni non indennizzabili per massimale esaurito).

GLOSSARIO

ANNUALITA' DI POLIZZA

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

APPENDICE CONTRATTUALE

Il documento sottoscritto dal Contraente per l'acquisto o per l'eliminazione di Moduli (rispetto al contratto di polizza) o per la variazione dell'opzione prescelta.

ASSICURATO

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

ASSICURAZIONE

Contratto con il quale Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato le spese mediche connesse/rese necessarie da sinistro, malattia o infortunio, nei limiti stabiliti nel Modulo.

ASSISTENZA DIRETTA

Modalità di erogazione delle prestazioni con cui Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate dalla Centrale Operativa, direttamente alla struttura sanitaria del Network.

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

Insieme dei documenti ufficiali avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

CENTRALE OPERATIVA

Struttura individuata per:

- fornire informazioni relative alle coperture assicurative e al Network
 - autorizzare le prestazioni in Assistenza diretta.
-

CONTRAENTE/CLIENTE

La persona che sottoscrive il Modulo con Intesa Sanpaolo RBM Salute.

CONVIVENZA DI FATTO

Relazione tra due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile (Legge 20 maggio 2016, n. 76).

DATA EVENTO/SINISTRO

- Quella della prima diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di indennità.
 - Quella dell'inserimento nelle liste d'attesa di trapianti italiane, o del trapianto, se non c'è stato l'inserimento nelle predette liste
 - Quella della richiesta di Second Opinion per il secondo parere medico
 - Quella della visita di controllo
-

EVENTO/SINISTRO

- Prima diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di indennità.
 - Per il solo trapianto di organo, l'inserimento nelle liste d'attesa di trapianti italiane o il trapianto se avvenuto senza il predetto inserimento
 - La richiesta di Second Opinion per il secondo parere medico
 - Visita per la visita di controllo
-

INDENNIZZO

Somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve pagare in caso di sinistro se sono riconosciuti i requisiti di indennizzabilità.

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura (pubblici o privati), regolarmente autorizzati a svolgere assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura

- gli stabilimenti termali
- le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative
- le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per anziani

MALATTIA

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

MASSIMALE

Importo massimo indennizzabile per singola garanzia.

MODULO

Appendice alle Condizioni d'Assicurazione di XME Protezione relativa a coperture assicurative acquistabili separatamente per aree di protezione (Famiglia, Salute e Beni).

MODULO DI POLIZZA

Documento sottoscritto dalle Parti che riporta i dati anagrafici dell'Assicurato, i Moduli acquistati, massimali, il premio e la durata delle coperture assicurative.

NETWORK

Rete convenzionata costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura.

L'elenco delle strutture aggiornato è consultabile sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com, sull'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, sull'Internet Banking di Intesa Sanpaolo e sul sito internet www.intesasanpaoloassicura.com.

L'elenco dei medici convenzionati si può consultare sull'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, sull'Internet Banking di Intesa Sanpaolo oppure telefonando al numero 800.124.124.

NUCLEO FAMILIARE

Coniuge o persona unita civilmente o convivente di fatto e figli (anche del solo coniuge, della persona unita civilmente o del convivente di fatto), compresi i figli adottivi e minori in affidamento anche se non conviventi con il Contraente e anche se non fiscalmente a carico.

PREMIO

Somma dovuta dal Contraente a Intesa Sanpaolo RBM Salute come corrispettivo del modulo acquistato.

QUESTIONARIO SANITARIO

Documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Costituisce parte integrante della Polizza.

RISCHIO

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

SCOPERTO

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

ALLEGATO 1- Tabella riepilogativa dei limiti del Modulo Malattie Gravi+

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Malattie gravi	€ 100.000 (diminuiti al 50% dopo i 65 anni)	€ 200.000 (diminuiti al 50% dopo i 65 anni)	€ 300.000 (diminuiti al 50% dopo i 65 anni)
Second Opinion	una tantum	una tantum	una tantum
Visita di controllo in Network	1 all'anno	1 all'anno	1 all'anno

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

MALATTIE GRAVI+		MALATTIE GRAVI+		MALATTIE GRAVI+	
MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI SILVER CLIENTE	MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	Prestazioni accessorie malattie gravi SILVER CLIENTE	MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI Prestazioni accessorie malattie gravi SILVER CLIENTE
Età		Età		Età	
18	-	18	-	18	-
19	1,0042	19	1,0097	19	1,0050
20	1,0450	20	1,0096	20	1,0397
21	1,0080	21	1,0143	21	1,0089
22	1,0119	22	1,0141	22	1,0122
23	1,0531	23	1,0093	23	1,0468
24	1,0542	24	1,0138	24	1,0485
25	1,0612	25	1,0136	25	1,0548
26	1,0617	26	1,0134	26	1,0554
27	1,0600	27	1,0132	27	1,0542
28	1,0619	28	1,0130	28	1,0560
29	1,0594	29	1,0129	29	1,0541
30	1,0744	30	1,0127	30	1,0676
31	1,0775	31	1,0126	31	1,0707
32	1,0792	32	1,0165	32	1,0730
33	1,0709	33	1,0122	33	1,0654
34	1,0681	34	1,0161	34	1,0635
35	1,0715	35	1,0119	35	1,0664

36	1,0811	36	1,0156	36	1,0758
37	1,0959	37	1,0154	37	1,0898
38	1,1057	38	1,0152	38	1,0993
39	1,1120	39	1,0149	39	1,1057
40	1,1158	40	1,0147	40	1,1097
41	1,1214	41	1,0181	41	1,1158
42	1,1216	42	1,0142	42	1,1162
43	1,1203	43	1,0175	43	1,1156
44	1,1174	44	1,0172	44	1,1132
45	1,1134	45	1,0136	45	1,1096
46	1,1078	46	1,0167	46	1,1047
47	1,1022	47	1,0164	47	1,0995
48	1,0945	48	1,0194	48	1,0923
49	1,0918	49	1,0159	49	1,0897
50	1,0919	50	1,0188	50	1,0900
51	1,0925	51	1,0184	51	1,0907
52	1,0929	52	1,0151	52	1,0912
53	1,0937	53	1,0208	53	1,0922
54	1,0921	54	1,0174	54	1,0906
55	1,0913	55	1,0171	55	1,0899
56	1,0908	56	1,0197	56	1,0896
57	1,0911	57	1,0193	57	1,0900
58	1,0939	58	1,0189	58	1,0928
59	1,0935	59	1,0186	59	1,0925
60	1,0947	60	1,0182	60	1,0937
61	1,0930	61	1,0205	61	1,0921
62	1,0924	62	1,0201	62	1,0916
63	1,0913	63	1,0197	63	1,0906
64	1,0934	64	1,0193	64	1,0926
65	1,0933	65	1,0213	65	1,0926
66	0,5476	66	1,0208	66	0,5516

67	1,0937	67	1,0204	67	1,0925
68	1,0935	68	1,0200	68	1,0924
69	1,0909	69	1,0218	69	1,0899
70	1,0914	70	1,0213	70	1,0905

MALATTIE GRAVI+		MALATTIE GRAVI+		MALATTIE GRAVI+	
MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI GOLD CLIENTE	MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	Prestazioni accessorie malattie gravi GOLD CLIENTE	MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI Prestazioni accessorie malattie gravi GOLD CLIENTE
Età		Età		Età	
18	-	18	-	18	-
19	1,0042	19	1,0097	19	1,0046
20	1,0454	20	1,0096	20	1,0425
21	1,0072	21	1,0143	21	1,0077
22	1,0123	22	1,0141	22	1,0124
23	1,0535	23	1,0093	23	1,0501
24	1,0541	24	1,0138	24	1,0511
25	1,0609	25	1,0136	25	1,0574
26	1,0617	26	1,0134	26	1,0583
27	1,0600	27	1,0132	27	1,0569
28	1,0619	28	1,0130	28	1,0588
29	1,0597	29	1,0129	29	1,0568
30	1,0741	30	1,0127	30	1,0705
31	1,0775	31	1,0126	31	1,0739
32	1,0792	32	1,0165	32	1,0759
33	1,0709	33	1,0122	33	1,0680
34	1,0681	34	1,0161	34	1,0657
35	1,0715	35	1,0119	35	1,0688
36	1,0813	36	1,0156	36	1,0785
37	1,0957	37	1,0154	37	1,0925

38	1,1057	38	1,0152	38	1,1024
39	1,1120	39	1,0149	39	1,1088
40	1,1159	40	1,0147	40	1,1128
41	1,1212	41	1,0181	41	1,1183
42	1,1217	42	1,0142	42	1,1190
43	1,1202	43	1,0175	43	1,1178
44	1,1176	44	1,0172	44	1,1154
45	1,1132	45	1,0136	45	1,1113
46	1,1078	46	1,0167	46	1,1062
47	1,1023	47	1,0164	47	1,1009
48	1,0945	48	1,0194	48	1,0934
49	1,0918	49	1,0159	49	1,0907
50	1,0920	50	1,0188	50	1,0910
51	1,0924	51	1,0184	51	1,0915
52	1,0929	52	1,0151	52	1,0920
53	1,0937	53	1,0208	53	1,0930
54	1,0921	54	1,0174	54	1,0914
55	1,0912	55	1,0171	55	1,0905
56	1,0908	56	1,0197	56	1,0902
57	1,0911	57	1,0193	57	1,0906
58	1,0939	58	1,0189	58	1,0934
59	1,0935	59	1,0186	59	1,0930
60	1,0947	60	1,0182	60	1,0942
61	1,0930	61	1,0205	61	1,0925
62	1,0924	62	1,0201	62	1,0920
63	1,0913	63	1,0197	63	1,0909
64	1,0934	64	1,0193	64	1,0930
65	1,0932	65	1,0213	65	1,0929
66	0,5476	66	1,0208	66	0,5496
67	1,0937	67	1,0204	67	1,0931
68	1,0934	68	1,0200	68	1,0929

69	1,0909	69	1,0218	69	1,0904
70	1,0914	70	1,0213	70	1,0909

MALATTIE GRAVI+		MALATTIE GRAVI+		MALATTIE GRAVI+	
MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI PLATINUM CLIENTE	MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	Prestazioni accessorie malattie gravi PLATINUM CLIENTE	MODULO GARANZIA PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI Prestazioni accessorie malattie gravi PLATINUM CLIENTE
Età		Età		Età	
18	-	18	-	18	-
19	1,0042	19	1,0097	19	1,0045
20	1,0452	20	1,0096	20	1,0433
21	1,0074	21	1,0143	21	1,0078
22	1,0121	22	1,0141	22	1,0122
23	1,0534	23	1,0093	23	1,0510
24	1,0541	24	1,0138	24	1,0521
25	1,0610	25	1,0136	25	1,0586
26	1,0617	26	1,0134	26	1,0594
27	1,0600	27	1,0132	27	1,0579
28	1,0619	28	1,0130	28	1,0598
29	1,0596	29	1,0129	29	1,0576
30	1,0742	30	1,0127	30	1,0718
31	1,0775	31	1,0126	31	1,0751
32	1,0792	32	1,0165	32	1,0770
33	1,0707	33	1,0122	33	1,0688
34	1,0683	34	1,0161	34	1,0666
35	1,0715	35	1,0119	35	1,0697
36	1,0812	36	1,0156	36	1,0793
37	1,0958	37	1,0154	37	1,0936
38	1,1056	38	1,0152	38	1,1034
39	1,1121	39	1,0149	39	1,1099

40	1,1159	40	1,0147	40	1,1138
41	1,1213	41	1,0181	41	1,1193
42	1,1217	42	1,0142	42	1,1198
43	1,1203	43	1,0175	43	1,1187
44	1,1175	44	1,0172	44	1,1161
45	1,1133	45	1,0136	45	1,1120
46	1,1078	46	1,0167	46	1,1067
47	1,1022	47	1,0164	47	1,1013
48	1,0946	48	1,0194	48	1,0938
49	1,0918	49	1,0159	49	1,0911
50	1,0919	50	1,0188	50	1,0913
51	1,0924	51	1,0184	51	1,0918
52	1,0929	52	1,0151	52	1,0923
53	1,0937	53	1,0208	53	1,0932
54	1,0921	54	1,0174	54	1,0916
55	1,0912	55	1,0171	55	1,0908
56	1,0908	56	1,0197	56	1,0904
57	1,0911	57	1,0193	57	1,0908
58	1,0939	58	1,0189	58	1,0936
59	1,0935	59	1,0186	59	1,0931
60	1,0947	60	1,0182	60	1,0943
61	1,0930	61	1,0205	61	1,0927
62	1,0924	62	1,0201	62	1,0921
63	1,0913	63	1,0197	63	1,0911
64	1,0934	64	1,0193	64	1,0931
65	1,0933	65	1,0213	65	1,0930
66	0,5476	66	1,0208	66	0,5489
67	1,0937	67	1,0204	67	1,0933
68	1,0934	68	1,0200	68	1,0931
69	1,0909	69	1,0218	69	1,0905
70	1,0914	70	1,0213	70	1,0911

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario e delle professioni non assicurabili

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

Il presente questionario serve per verificare se Intesa Sanpaolo RBM Salute può accettare il rischio per il Modulo Malattie Gravi + in relazione all'attuale stato di salute (assumibilità del rischio) dell'Assicurato (**Nome/Cognome**).

AVVERTENZA

Si ricorda che, in base al cosiddetto "diritto all'oblio oncologico" introdotto dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193 non è ammessa, al momento della stipula del contratto o successivamente, la richiesta di informazioni relative a patologie oncologiche di cui l'assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo, alla data di compilazione del questionario sanitario, si sia già concluso senza episodi di recidiva da almeno dieci anni oppure da almeno cinque anni (se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età) oppure dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.96 del 24 aprile 2024.

Per "trattamento attivo" si intende qualsiasi trattamento utilizzato con finalità di cura della patologia oncologia come ad esempio, oltre alla chirurgia, la chemioterapia, l'immunoterapia, la terapia ormonale, la radioterapia, la terapia genica, gli anticorpi monoclonali.

N	Domande	Risposta
1	"Svolgi una delle seguenti professioni: 1) acrobata trapezista, 2) artista controfigura, 3) aviazione civile (piloti e membri di equipaggio), 4) chimico o fisico nel comparto dell'energia o della fabbricazione degli esplosivi, 5) collaudatore di auto o motoveicoli dipendente di case automobilistiche e/o motociclistiche, 6) guida alpina, 7) addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali, 8) operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare, 9) operaio di impianti di energia nucleare, 10) sommozzatore o palombaro, 11) speleologo, 12) titolare o dipendente con lavoro manuale (in cava con uso di esplosivi, in cantieri edili o in cantieri di sistemazione idraulica entrambi collocati in gallerie, pozzi e simili o che utilizzino esplosivi, in miniera), 13) elisoccorso, 14) addetto alla disinfezione, 15) addetto allo smaltimento dei rifiuti speciali (incl. amianto)?"	Si - No
2	Sei affetto da dipendenza da sostanze psicotrope (alcol, stupefacenti, farmaci non prescritti a seguito di terapie mediche) o da sieropositività HIV?	Si - No
3	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas (compreso diabete), del fegato, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o urogenitale e/o del sistema endocrino e/o da una neoplasia maligna?	Si - No
3.1	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica, angioma epatico) e/o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ?	Si - No
3.1.1	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o urogenitale e/o del sistema endocrino? Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia, asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite, ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali, tiroide di hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo. Rispondere "No" nel caso in cui l'Assicurato non sia affetto da alcuna patologia o sia affetto da una o più patologie indicate come non rilevanti (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- Malattia cardiovascolare - Malattia dei vasi cerebrali (ad es. ischemia, trombosi, emorragia) - Malattia del pancreas (escluso diabete) - Malattia del/i polmone/i - Malattia del sistema urologico e/o urogenitale - Malattia del sistema endocrino (compreso diabete) - No

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

N	Domande	Risposta
4	Stai attualmente seguendo cure per una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas (escluso diabete), del fegato, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o urogenitale e/o del sistema endocrino (compreso diabete) e/o da una neoplasia maligna?	Si - No
4.1	Stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ad es. ischemia, trombosi, emorragia) e/o per malattie del pancreas (escluso diabete), che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) e/o stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci, chemioterapia, radioterapia) per neoplasie maligne?	Si - No
4.2	Stai attualmente seguendo cure per malattie cardiovascolari, malattie del fegato, malattie del/i polmone/i, malattie del sistema urologico e/o urogenitale e/o malattie del sistema endocrino (compreso diabete)?	Si - No
4.2.1	Stai attualmente seguendo cure (ad es. assunzione di farmaci) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	<ul style="list-style-type: none"> - No - Cura per malattie cardiovascolari - Cura per malattie del fegato - Cura per malattie del/i polmone/i - Cura per malattie del sistema urologico e/o urogenitale - Cura per malattie del sistema endocrino (compreso diabete)
5	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi, quale ad esempio una malattia dell'apparato digerente, una malattia del sangue, una malattia dell'apparato urologico e/o uro-genitale, una malattia del sistema osteo-articolare, una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) o hai sofferto di paralisi o da una forma di cecità o hai presentato uno stato di coma?	Si - No
5.1	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato digerente (escluse stipsi, gastrite, ernia iatale, colite funzionale) e/o una malattia del sangue e/o una paralisi e/o alcuna forma di cecità, che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi e/o hai presentato uno stato di coma?	Si - No
5.1.1	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato urologico e/o urogenitale, una malattia del sistema osteo-articolare o una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi? Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertrofia prostatica, artrosi e/o osteoporosi. Rispondere "No" nel caso in cui l'Assicurato non sia affetto da alcuna patologia o sia affetto da una o più patologie indicate come non rilevanti (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	<ul style="list-style-type: none"> - Malattia dell'apparato urologico e/o uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) - Malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) - Malattia del sistema endocrino (compreso diabete) - No

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

N	Domande	Risposta
6	Soffri di una patologia neurologica (ad es. sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer) o sei affetto da una disabilità?	Si - No
6.1	Soffri di sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, se in forma iniziale)?	Si - No
6.1.1	Soffri di una forma iniziale di morbo di Parkinson o di altra disabilità non grave?	Si - No
7	Hai avuto il riconoscimento di un'invalidità permanente (o hai fatto domanda per ottenerla) e/o sei stato affetto negli ultimi 2 anni da una qualche inabilità temporanea?	Si - No
7.1	Ti è stata riconosciuta un'invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o hai fatto domanda per ottenerla?	Si - No
7.1.1	Negli ultimi 2 anni sei stato impossibilitato a svolgere le tue mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi?	Si - No
8	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi), di disturbi neurologici del movimento o di patologie del sistema nervoso centrale o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
8.1	Attualmente soffri di disturbi neurologici del movimento e/o di patologie del sistema nervoso centrale (ad es. malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, SLA, Sclerosi multipla) e/o di distrofia muscolare?	Si - No
8.2	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare e/o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
8.2.1	Attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi) (ad es.: artrite, ernie discali)?	Si - No
8.2.2	Hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
9	Attualmente soffri di una malattia reumatologica(ad es. connettivite mista e/o indifferenziata, lupus eritematoso sistemico (LES), poliartrite nodosa e/o sclerodermia)?	Si - No
9.1	Attualmente soffri di lupus eritematoso sistemico (LES)?	Si - No
9.1.1	Attualmente soffri di connettivite mista e/o indifferenziata, poliartrite nodosa e/o sclerodermia? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- No - Connettivite mista e/o indifferenziata - Poliartrite nodosa - Sclerodermia

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 305.208.000,00 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 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. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

Società del gruppo **INTESA**  **SANPAOLO**