



Area Salute Modulo Oculistica e Benessere visivo

Appendice alle Condizioni di Assicurazione della polizza XME Protezione

Edizione Luglio 2024

Mod. 186321-023-072024

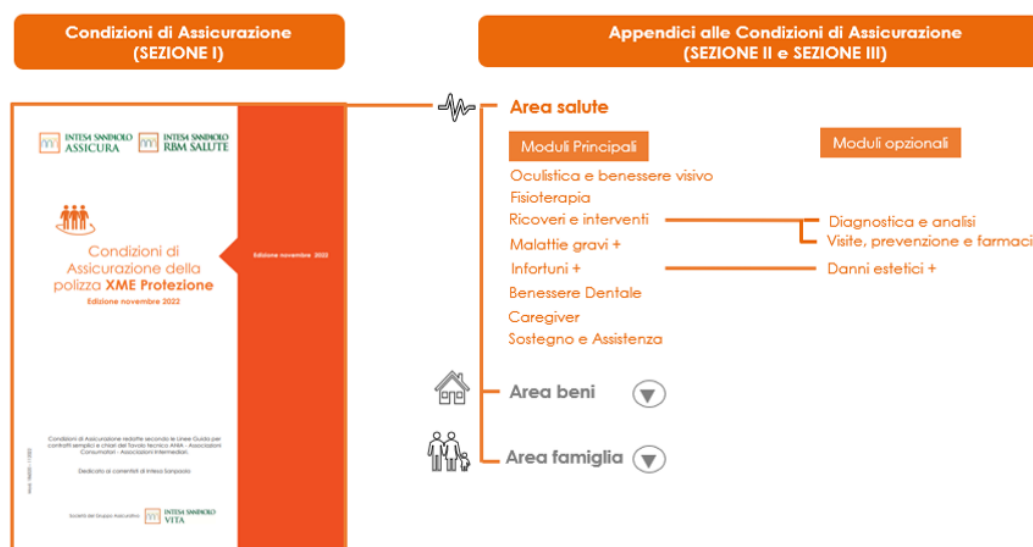
Dedicato ai correntisti di Intesa Sanpaolo

Modulo Oculistica e Benessere visivo

Caro Cliente,
 il Modulo Oculistica e Benessere visivo 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 - 13) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**



Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del **Modulo Oculistica e Benessere visivo** 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, 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 22
1.1 Controllo e misurazione della vista	Pag. 2 di 22
1.2 Lenti e occhiali da vista	Pag. 2 di 22
1.3 Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta	Pag. 3 di 22
1.4 Prevenzione oculistica	Pag. 4 di 22
Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 4 di 22
2.1 Persone non assicurabili	Pag. 4 di 22
2.2 Esclusioni per tutte le garanzie	Pag. 5 di 22
Articolo 3. QUALI SONO I LIMITI DELLE COPERTURE	Pag. 5 di 22
Articolo 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 6 di 22
Articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Pag. 6 di 22
Articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 6 di 22
6.1 Carenze	Pag. 7 di 22
Articolo 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO	Pag. 7 di 22
Articolo 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO	Pag. 7 di 22
Articolo 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	Pag. 7 di 22

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEL SINISTRO

Articolo 10. DENUNCIA DEL SINISTRO	Pag. 8 di 22
10.1 Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta	Pag. 8 di 22
10.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale operativa	Pag. 8 di 22
10.1.2 Ricerca della Struttura	Pag. 9 di 22
10.1.3 Validità dell'autorizzazione	Pag. 9 di 22
10.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni	Pag. 10 di 22
10.1.5 Annullamento dell'autorizzazione	Pag. 10 di 22
10.1.6 Accesso a una struttura convenzionata senza preventiva autorizzazione	Pag. 10 di 22
10.1.7 Dopo la prestazione	Pag. 10 di 22
10.1.8 Casi di rifiuto del sinistro	Pag. 10 di 22
10.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale	Pag. 11 di 22
10.3 Data dell'evento	Pag. 11 di 22
10.4 Lingua della documentazione	Pag. 12 di 22
10.5 Accertamenti di Intesa Sanpaolo RBM Salute	Pag. 13 di 22
10.6 Decesso dell'Assicurato	Pag. 13 di 22
10.7 Uso di medici e strutture convenzionati	Pag. 13 di 22
10.8 Prestazioni tra due annualità	Pag. 13 di 22
10.9 Imposte e oneri amministrativi	Pag. 14 di 22
Articolo 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI	Pag. 14 di 22
Articolo 12. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	Pag. 14 di 22
Articolo 13. SERVIZI NON ASSICURATIVI A DISPOSIZIONE DELL'ASSICURATO	Pag. 14 di 22

GLOSSARIO

Pag. 15 di 22

ALLEGATO 1 – Tabella riepilogativa dei limiti Modulo Oculistica e Benessere visivo

Pag. 18 di 22

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

Pag. 19 di 22

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario

Pag. 22 di 22

PREMESSA

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del Modulo Oculistica e Benessere visivo (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 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 S.p.A. (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 previste due modalità di erogazione delle prestazioni:

ASSISTENZA DIRETTA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate direttamente alla struttura sanitaria del Network.

Se l'Assicurato vuole utilizzare una struttura convenzionata o un medico convenzionato del Network deve utilizzare l'Assistenza diretta.

REGIME RIMBORSUALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dall'Assicurato e che non rientrano nel Network, 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, in caso di malattia o infortunio o difetto visivo degli Assicurati, il pagamento diretto o il rimborso delle spese per:

- controllo e misurazione della vista
- acquisto di lenti e occhiali da vista
- interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta
- prevenzione oculistica

L'importo delle spese varia in base al livello di copertura scelto dal Cliente tra quelli previsti dal Modulo, denominati Silver, Gold e Platinum.

Condizioni specifiche, massimali, limiti, franchigie, scoperti ed esclusioni dei livelli di copertura sono riassunti nella Tabella riepilogativa dei livelli di copertura dell'art. 1 e nella Tabella riepilogativa delle franchigie e degli scoperti dell'art. 3 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 figli (anche del solo coniuge, della persona unita civilmente o del convivente di fatto), compresi i figli adottivi e minori in affidamento.
- 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'acquisto della polizza o nell'Appendice contrattuale sottoscritta successivamente all'acquisto della polizza.

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

Conviventi di fatto: si intendono 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

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

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 malattia o infortunio o difetto visivo degli Assicurati, l'indennizzo delle spese per:

- controllo e misurazione della vista
- acquisto di lenti e occhiali da vista indicati nell'art. 1.2
- interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta indicati nell'art. 1.3

È previsto anche un pacchetto di prevenzione oculistica.

Il Modulo prevede 3 livelli di copertura: Silver, Gold e Platinum.

Ogni livello di copertura è caratterizzato da diversi massimali e diversi livelli di indennizzo/rimborso.

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

Si precisa che:

- la scelta del livello di copertura deve essere la medesima per tutte le prestazioni oggetto del presente Modulo
- gli scoperti e le franchigie previste per ciascuna garanzia sono indicati all'art. 3 "Quali sono i limiti delle coperture"

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.

1.1. Controllo e misurazione della vista

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese sostenute per il controllo e la misurazione della vista. Non sono coperte le visite oculistiche specialistiche.

Visus: è il grado di capacità funzionale posseduto dall'apparato visivo ossia l'attitudine a percepire come distinte due immagini puntiformi (detto anche acuità visiva).
Si tratta di una misurazione quantitativa della funzione dell'apparato visivo e viene espressa comunemente in decimi.

1.2 Lenti e occhiali da vista

In caso di cambio di visus durante il periodo di copertura, Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa integralmente, con l'applicazione delle sole franchigie previste dal livello di copertura prescelto, le spese sostenute per l'acquisto di:

- lenti e montatura per occhiali da vista (una volta all'anno)
- lenti a contatto (sia il primo che i successivi) effettuati nel corso dell'anno,

In assenza di variazione del visus, le prestazioni sono riconosciute al 50% dei massimali previsti dal livello di copertura scelto, con applicazione delle sole franchigie previste dal livello di copertura prescelto.

Sono compresi in copertura:

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

Per il primo acquisto è possibile acquistare due confezioni.

Non è riconosciuto l'indennizzo delle lenti a contatto nel caso in cui l'acquisto della successiva confezione avvenga prima che sia trascorso il tempo di durata della precedente confezione, salvo nei casi in cui le precedenti lenti siano andate smarrite o si siano lesionate anzitempo rispetto alla loro durata ordinaria, esclusivamente una volta per anno assicurativo e sulla base della dichiarazione dell'Assicurato.

Facciamo un esempio

Se l'Assicurato, a fronte di un certificato medico che attesti la modifica del visus, acquista una confezione di 30 lenti giornaliere in data 1° giugno 2025 potrà acquistare l'ulteriore confezione a partire dal 1° luglio 2025 utilizzando il medesimo certificato medico e così via, entro il limite del massimale dell'annualità di polizza.



da sapere: le lenti a contatto toriche correggono i problemi di astigmatismo causati da variazioni della curvatura della cornea o del cristallino nell'occhio (comunemente denominati astigmatismo regolare, astigmatismo corneale o astigmatismo lenticolare).

Chirurgia refrattiva: è un tipo di chirurgia per correggere, intervenendo sulla cornea o sul cristallino, i vizi refrattivi dovuti ad un difetto di focalizzazione delle immagini sulla retina

1.3 Interventi di chirurgia refrattiva e interventi alla cataratta

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese sostenute per gli interventi di chirurgia refrattiva al verificarsi di tutte le seguenti condizioni:

- siano effettuati da Assicurati con età compresa tra i 25 e i 50 anni
- riguardino le seguenti casistiche:
 - anisometropia maggiore di 2,5 diottrie di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametropo con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede pre-operatoria, la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale
 - astigmatismo uguale o maggiore di 2,5 diottrie
 - ametropie conseguenti a precedenti interventi di oftalmochirurgia non refrattiva, limitatamente all'occhio operato, al fine di bilanciare i due occhi
 - Phototherapeutic Keratectomy (PTK) per opacità corneali, tumori della cornea, cicatrici, astigmatismi irregolari, distrofie corneali, esiti infausti di chirurgia refrattiva
 - esiti di traumi o malformazioni anatomiche tali da impedire l'applicazione di occhiali, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale.

Si precisa che la garanzia riconosce un intervento l'anno per entrambi gli occhi, nei limiti previsti dalla garanzia stessa. L'intervento ad entrambi gli occhi può essere effettuato sia contestualmente che disgiuntamente.

Gli interventi alla cataratta sono coperti per Assicurati che abbiano compiuto 41 anni.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale è previsto il pagamento di un'indennità sostitutiva di importo variabile in base al livello di copertura prescelto.

1.4 Prevenzione oculistica

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese sostenute per un pacchetto di prevenzione oculistica, usufruibile una volta per annualità di polizza, in unica soluzione, e solo in Assistenza diretta, che preveda le seguenti prestazioni:

- valutazione anamnestica: raccolta di informazioni riguardanti le condizioni di salute generale e oculare del paziente, oltre alla sua storia clinica e alla familiarità per eventuali patologie
- esame del segmento anteriore e annessi oculari, attraverso lampada a fessura, per lo studio delle componenti anatomiche del segmento anteriore (cornea, iride e cristallino)
- studio del fondo oculare (*fundus oculi*): studio del segmento posteriore dell'occhio (corpo vitreo, macula, retina e papilla ottica), attraverso lampada a fessura
- misurazione del tono oculare: misurazione della pressione intraoculare
- misurazione del *visus*: valutazione della presenza di eventuali difetti refrattivi che alterino la visione da lontano o da vicino.

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 più di 70 anni o, se sono state già assicurate con il Modulo nei precedenti 5 anni e in tale periodo il Cliente non ha mai dato disdetta dalla polizza o dal Modulo di cui erano assicurate, abbiano più di 75 anni
- b) 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 alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
- b) siano affette da cheratocono, da disturbi della retina, glaucoma o cataratta
- c) siano affette da miopia/astigmatismo superiore a 5 diottrie da uno o entrambi gli occhi e abbiano età inferiore o uguale a 40 anni oppure età uguale o maggiore di 60 anni

Se, nel corso dell'annualità di polizza, l'Assicurato compie 80 anni, le coperture del Modulo cessano alla scadenza dell'annualità di polizza e non sarà più possibile rinnovarle tacitamente.

cheratocono: malattia degenerativa conseguente ad una minore rigidità strutturale della cornea.

2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

Intesa Sanpaolo RBM Salute non fornisce alcuna copertura in caso di:

1. infortuni accaduti in caso di guida di veicoli in stato di ubriachezza o in conseguenza di azioni delittuose o atti auto lesivi
2. infortuni, patologie o intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
3. infortuni che derivino dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese (esclusa l'arrampicata indoor), speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"
4. infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
5. conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
6. conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
7. conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
8. prestazioni in conseguenza di malattie mentali e di malattie o infortuni derivanti dall'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
9. cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici, salvo quanto previsto dalle specifiche garanzie in copertura
10. prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni non indennizzabili ai sensi di polizza
11. trattamenti di medicina alternativa o complementare
12. prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate a seconda della garanzia, da medico o optometrista o Centro medico o centro ottico
13. prestazioni di routine o controllo (salvo quanto previsto alle garanzie Controllo e misurazione della vista e Prevenzione oculistica)
14. prestazioni effettuate in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
15. conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

Si precisa che

Non è riconosciuto l'indennizzo delle lenti a contatto nel caso in cui l'acquisto della successiva confezione avvenga prima che sia trascorso il tempo di durata della precedente confezione, salvo nei casi in cui le precedenti lenti siano andate smarrite o si siano lesionate anzitempo rispetto alla loro durata ordinaria, esclusivamente una volta per anno assicurativo e sulla base della dichiarazione dell'Assicurato.

ARTICOLO 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE

Le franchigie e gli scoperti previsti per le prestazioni del Modulo sono quelle di seguito descritte:

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

Si specifica che per le lenti a contatto la franchigia è unica sulla spesa annuale complessiva. L'applicazione della franchigia ha inizio dal primo acquisto, fino al raggiungimento dell'intero importo a carico dell'Assicurato.

stato di ubriachezza: sussiste quando il tasso alcolemico risulta superiore a 0,8 grammi per litro

Da sapere: la scala francese si utilizza per rappresentare il livello di difficoltà complessiva di un'arrampicata

Downhill: è una disciplina del mountain biking praticata principalmente in montagna, su terreni ripidi e sconnessi spesso caratterizzati da salti, cadute, pietraie e altri ostacoli

Da sapere: Patologie mentali e del comportamento (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nella classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ICD (International Classification of Diseases) del 1949 e successive modifiche e integrazioni.

medicina alternativa e complementare: si intende un gruppo eterogeneo di terapie mediche e di promozione della salute che non fanno parte della medicina convenzionale. In particolare, si definisce medicina complementare l'uso di terapie non provate scientificamente in associazione a terapie convenzionali, mentre per medicina alternativa si intende l'utilizzo esclusivo di metodi non convenzionali.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

Facciamo un esempio con l'opzione Platinum fuori network:

In caso di primo acquisto pari a 20 euro, non viene indennizzato nulla in quanto si applica la franchigia pari a 35 euro. In caso di secondo acquisto di 20 euro, verrà indennizzato un importo pari a 5 euro. Per gli acquisti successivi verrà indennizzato l'intero importo fino a esaurimento massimale.

Se ad esempio nel corso dell'anno assicurativo la spesa è pari a 200 euro per l'acquisto di lenti, verranno indennizzati 165 euro in quanto la franchigia pari a 35 euro si intende applicabile alla spesa annua complessiva.

ARTICOLO 4. DOVE VALGONO COPERTURE

La copertura vale in tutto il mondo. I danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Le spese per le prestazioni avvenute all'estero sono riconosciute solo a Rimborso e non in Assistenza diretta: sono rimborsate in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della Banca Centrale Europea.

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, non era assicurabile le coperture cessano da quando 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 Contraente 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 articolo 6.1, e finiscono alla data di scadenza della polizza.

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.

A tale scadenza, 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 degli 80 anni dell'Assicurato, alla scadenza della successiva annualità di polizza, le coperture del Modulo non saranno più rinnovabili.

ESEMPI

1. Il Cliente sottoscrive XME Protezione il 31/01/2021. Il 10 ottobre 2022 acquista anche il Modulo Oculistica e Benessere Visivo. In assenza di disdetta della polizza o del Modulo da parte del Cliente o di Intesa Sanpaolo RBM Salute le coperture del Modulo Oculistica e Benessere Visivo si rinnovano tacitamente di anno in anno fino al

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

31/01/2027. Il Cliente potrà sottoscrivere nuovamente il Modulo Oculistica e Benessere Visivo, ove ancora commercializzato, compilando un nuovo Questionario Sanitario.

- Il Cliente sottoscrive XME Protezione il 31/01/2021 e acquista contestualmente il Modulo Ricoveri e interventi. Il 10 ottobre 2022 acquista anche il Modulo Oculistica e Benessere Visivo. 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 31/01/2026 e il Modulo Oculistica e Benessere Visivo fino al 31/01/2027. Il Cliente potrà sottoscrivere nuovamente il Modulo Ricoveri e Interventi ed il Modulo Oculistica e Benessere Visivo, ove ancora commercializzati, compilando i rispettivi Questionari Sanitari.

6.1 Carenze

Le garanzie diventano effettivamente operanti a partire dalle ore 24:

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

In caso di passaggio di un livello di copertura più basso ad un livello di copertura più alto (per esempio da Silver a Platinum), le carenze si applicano anche per le maggiori somme acquistate (Massimali) o minori scoperti e franchigie

Esempio: passaggio da Opzione Silver a Opzione Platinum con aumento del massimale da 350 euro a 750 euro per interventi di cataratta, le carenze si applicheranno sulla differenza di massimale pari a 400 euro; qualora invece non vi sia alcuna modifica di opzione, non si applicano carenze.

Cos'è la carenza

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

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

Se l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate o modifica la propria residenza all'estero, deve comunicarlo a Intesa Sanpaolo RBM Salute. Le coperture del Modulo cessano e Intesa Sanpaolo RBM Salute restituisce al Cliente, al netto delle imposte, i premi eventualmente incassati dopo che è venuta a conoscenza della perdita dei requisiti di assicurabilità.

L'Assicurato deve comunicare tempestivamente a Intesa Sanpaolo RBM Salute se, nel corso di durata del Modulo, modifica la propria residenza in Italia o, in caso dei minori in affidato, se viene revocato o modificato il provvedimento di affidato.

Tali informazioni devono essere inviate per iscritto a: Intesa Sanpaolo RBM Salute c/o Intesa Sanpaolo Assicura via San Francesco d'Assisi, 10, 10122 Torino.

Sezione III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

ARTICOLO 10. DENUNCIA DEL SINISTRO

Per sinistro si intende:

- in caso di infortunio: gli interventi di chirurgia refrattiva in relazione all'infortunio certificato
- in caso di malattia: interventi di chirurgia refrattiva e quelli di cataratta indicati nell'art. 1.3
- in caso di difetto visivo: la prestazione effettuata in relazione al controllo e alla misurazione della vista, l'acquisto di lenti e occhiali da vista indicati nell'art. 1.2.

L'Assicurato può attivare le prestazioni assicurative e denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o in regime rimborsuale secondo le modalità di seguito indicate.

10.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

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:

- procurarsi tutta la documentazione prevista al successivo punto 10.1.1., per eseguire la prestazione in regime di Assistenza diretta (es. prescrizione medica con indicazione della patologia)
- 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, allegando tutta la documentazione prevista (in caso di richiesta telefonica, gli operatori indicheranno all'Assicurato come inviare la documentazione) e 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 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

- per le garanzie "Lenti e occhiali da vista" e "Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta": prescrizione medica in corso di validità secondo la normativa vigente (la prescrizione medica per le lenti e occhiali da vista è valida un anno dal giorno della prescrizione), che contiene il quesito diagnostico o la diagnosi o la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. Per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.
- per poter usufruire del massimale integrale previsto per la garanzia "Lenti e occhiali da vista": certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesti la modifica del visus con indicazione del visus precedente e del visus attuale. In alternativa è possibile inviare il certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato con indicazione del visus e il certificato della precedente visita effettuata dal medico oculista o dall'ottico optometrista abilitato con indicato il visus precedente. In mancanza di modifica del visus ma in presenza di prescrizione medica attestante il quesito diagnostico o la diagnosi o la patologia, il massimale è dimezzato
- in caso di infortunio devono essere presentati anche:
 - referto del Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
 - se l'infortunio è dovuto alla responsabilità di un terzo: anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.
 - In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole);
- eventuale altra documentazione che si renda necessaria per valutare correttamente e poter autorizzare il sinistro.

Da sapere: il presidio medico pubblico sostitutivo fa parte del Sistema di Emergenza Territoriale e ne fanno parte ad esempio i Punti di Primo Soccorso ed il servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica)

10.1.2 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

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.

10.1.3 Validità dell'autorizzazione

L'autorizzazione è valida 90 giorni dalla data di emissione. Superato tale termine, in presenza di copertura, l'Assicurato può richiedere il rilascio di una nuova autorizzazione.

10.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale Operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici danno esito positivo, rilasci una nuova autorizzazione.

10.1.5 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.

10.1.6 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 né in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

10.1.7 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 e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, ...)

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dal presente Modulo (per esempio: franchigie e scoperti).

10.1.8 Casi di rifiuto del sinistro

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
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionata
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

10.2. Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale

L'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese sostenute:

- tramite l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni
- tramite l'Internet Banking di Intesa Sanpaolo
- inviando richiesta scritta all'indirizzo email 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.

Le prestazioni devono:

- essere effettuate da personale specializzato (medico, optometrista)
- essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)
- essere fatturate da Istituto di Cura, Centro Medico o Ottico. La fattura emessa da studio medico o da un medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi.

La documentazione deve essere intestata alla persona che ha ricevuto la prestazione e riportarne i dati anagrafici. Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato a favore del soggetto intestatario della fattura.

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

a) Richiesta di rimborso online

Per ottenere il rimborso, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può inviare online la propria richiesta allegando alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

1. documentazione che attesti il pagamento delle spese (fatture, parcelle, ricevute), emessa da Istituto di cura, Centro medico o Ottico. La fattura emessa da studio medico, medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista (indicazione del titolo di studio) che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la marca da bollo nei casi normativamente previsti e deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la richiesta di rimborso è respinta. L'Assicurato può comunque inserire una nuova richiesta, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola
2. per le garanzie Lenti e occhiali da vista e Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta prescrizione medica in corso di validità secondo la normativa vigente (la prescrizione medica per le lenti e occhiali da vista è valida un anno dal giorno della prescrizione), che contiene il quesito diagnostico o la diagnosi o la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata.

3. per poter usufruire del massimale integrale previsto per la garanzia Lenti e occhiali da vista: certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesti la modifica del visus con indicazione del visus precedente e del visus attuale. In alternativa è possibile inviare il certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato con indicazione del visus e il certificato della precedente visita effettuata dal medico oculista o dall'ottico optometrista abilitato con indicato il visus precedente. In mancanza di modifica del visus, ma in presenza di prescrizione medica attestante il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia, il massimale è dimezzato
4. per le Lenti a contatto: è necessario allegare copia della confezione con evidenza del tipo di lente (es. giornaliera/mensile) e il numero delle lenti contenute;
5. per la garanzia Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta: copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)
6. in caso di infortunio devono essere presentati anche:
 - referto del Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio. Se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo
 - se l'infortunio è dovuto alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo e il recapito del terzo.
 - in caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute o il Modulo CID (constatazione amichevole)
7. eventuale altra documentazione che si renda necessaria per valutare correttamente e poter liquidare il sinistro

b) Richiesta di rimborso cartacea

L'Assicurato in alternativa può inviare la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa insieme alla denuncia di sinistro che può essere redatta utilizzando il modulo disponibile sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com oppure www.intesasanpaoloassicura.com).

Se si sceglie di non utilizzare tale modulo, l'Assicurato deve in ogni caso corredare la richiesta di rimborso con tutte le informazioni presenti nel modulo stesso.

La richiesta di rimborso 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
- assenza di fattura/documentazione di spesa
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

Intesa Sanpaolo RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:

- la documentazione giustificativa è incompleta
- non è stata indicata correttamente la persona che ha ricevuto la prestazione sanitaria.

Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso 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

- per il controllo e misurazione della vista: quella del controllo e della misurazione.
- per le lenti e gli occhiali da vista: quella della fattura d'acquisto.
- per le lenti a contatto: quella del primo acquisto nell'annualità di polizza.
- per gli interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta: quella del singolo intervento.

10.4 Lingua della documentazione

La documentazione medica in lingua diversa dall'italiano e dall'inglese, deve essere accompagnata da traduzione in Italiano redatta anche in carta semplice. 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 da 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 da 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 alla prestazione per rimborso già denunciato o ancora da denunciare 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 è l'ultimo valido e non è stato 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 e 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 pagare i rimborsi già presentati e riconosciuti indennizzabili o gli eventuali futuri rimborsi dovuti a richieste non ancora da presentare al momento del decesso.

10.7 Uso di medici e strutture convenzionati

L'Assicurato può accedere ad una struttura convenzionata o un medico convenzionato solo in Assistenza diretta e non può essere possibile il pagamento a rimborso

10.8 Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità di polizza rientrano nel massimale dell'annualità di esecuzione della prestazione stessa.

Non sono ammesse fatture in acconto.

per esempio le spese da sostenere per il rilascio della copia della cartella clinica.

10.9 Imposte e oneri amministrativi

Sono a 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 esempio: scoperti, franchigie).

Regime rimborsuale

Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a pagare il rimborso delle spese riconosciute indennizzabili entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

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. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Cliente o l'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se ha stipulato altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, Intesa Sanpaolo RBM Salute non è tenuta a pagare l'indennizzo. In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. Il Cliente o l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso.

Riferimento normativo: art. 1910 del Codice Civile

da sapere: l'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.

ARTICOLO 13. 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. 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.
-

CENTRO MEDICO

Struttura, anche non adibita al ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
 - dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
 - non finalizzata a trattamenti estetici.
-

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

- data del controllo e della misurazione della vista
 - data della fattura d'acquisto di lenti e occhiali da vista. Per le lenti a contatto è la data del primo acquisto nell'anno.
 - data del singolo intervento di chirurgia refrattiva e alla cataratta
-

DIFETTO FISICO-MALFORMAZIONE

Alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
 - che deriva da anomalia congenita.
-

FRANCHIGIA

Importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

Indennità forfettaria erogata per interventi che non comportino spese sanitarie a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO

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

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate

INTRAMOENIA

Sono le prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa.

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

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.

MALATTIE MENTALI

Patologie mentali e del comportamento (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nella classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ICD (International Classification of Diseases) del 1949 e successive modifiche e integrazioni.

MASSIMALE

Importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia.

MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE

Pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

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, ottici e optometristi 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.

OPTOMETRISTA

Professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

PANDEMIA

Epidemia la cui diffusione interessa intere collettività, con un alto numero di casi gravi. Il suo stato di esistenza deve essere determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

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.

REGIME RIMBORSUALE

Modalità di erogazione delle prestazioni con cui Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Modulo.

RIMBORSO

Somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

RISCHIO

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

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (S.D.O.)

Strumento che raccoglie le informazioni di ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

SCOPERTO

Percentuale delle spese a carico dell'Assicurato.

SINISTRO/EVENTO

- Controllo e misurazione della vista: controllo e misurazione della vista.
- Lenti e occhiali da vista: l'acquisto di lenti e occhiali; per le lenti a contatto, è l'insieme degli acquisti effettuati nell'anno.
- Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta: il singolo intervento.

SPORT PROFESSIONISTICO/GARE PROFESSIONISTICHE

Attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.)

Servizio Sanitario erogato dallo Stato italiano.

VISUS

È il grado di capacità funzionale posseduto dall'apparato visivo ossia l'attitudine a percepire come distinte due immagini puntiformi (detto anche acuità visiva).

Si tratta di una misurazione quantitativa della funzione dell'apparato visivo e viene espressa comunemente in decimi.

ALLEGATO 1- Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Oculistica e Benessere visivo

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Controllo e misurazione della vista			
in Network	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia
fuori Network	scoperto 50%	scoperto 50%	scoperto 50%
Lenti e occhiali da vista			
Massimale	1 paio all'anno, € 250 L'importo è dimezzato in caso di assenza di modifica del visus	1 paio all'anno, € 500 L'importo è dimezzato in caso di assenza di modifica del visus	1 paio all'anno, € 750 L'importo è dimezzato in caso di assenza di modifica del visus
in Network	franchigia € 35	franchigia € 25	franchigia € 10
fuori Network	franchigia € 75	franchigia € 55	franchigia € 35
Interventi di chirurgia refrattiva/ cataratta			
Massimale del contributo	€ 350 per occhio	€ 550 per occhio	€ 750 per occhio
in Network	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia
fuori Network	scoperto 25% € 75	scoperto 20% € 100	scoperto 15% € 125
Indennità sostitutiva S.S.N.			
Prevenzione oculistica			
in Network	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia	nessuno scoperto/franchigia

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

LENTI
SILVER

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-	41	1,004	1,008	1,009	1,005
1	1,480	1,519	1,500	1,467	42	1,004	1,008	1,009	1,005
2	1,649	1,659	1,667	1,682	43	1,004	1,008	1,009	1,005
3	1,820	1,809	1,785	1,811	44	1,004	1,008	1,010	1,005
4	1,568	1,569	1,578	1,567	45	1,004	1,008	1,010	1,005
5	1,448	1,446	1,443	1,448	46	1,004	1,009	1,010	1,005
6	1,504	1,505	1,508	1,507	47	1,004	1,009	1,010	1,005
7	1,528	1,526	1,528	1,528	48	1,004	1,009	1,010	1,005
8	1,473	1,474	1,474	1,474	49	1,005	1,009	1,010	1,005
9	1,408	1,408	1,407	1,408	50	1,004	1,009	1,010	1,006
10	1,769	1,768	1,768	1,768	51	1,004	1,009	1,010	1,005
11	1,002	1,006	1,007	1,004	52	1,005	1,009	1,011	1,006
12	1,003	1,006	1,007	1,004	53	1,005	1,010	1,011	1,006
13	1,003	1,007	1,008	1,005	54	1,005	1,009	1,011	1,006
14	1,004	1,008	1,009	1,005	55	1,007	1,005	1,004	1,008
15	1,004	1,008	1,010	1,005	56	1,007	1,005	1,004	1,007
16	1,004	1,009	1,010	1,006	57	1,007	1,004	1,004	1,007
17	1,005	1,009	1,011	1,006	58	1,008	1,005	1,004	1,008
18	1,005	1,010	1,012	1,007	59	1,008	1,005	1,004	1,008
19	1,005	1,011	1,013	1,007	60	1,008	1,005	1,004	1,008
20	1,005	1,011	1,013	1,008	61	1,008	1,005	1,004	1,008
21	1,012	1,009	1,009	1,010	62	1,008	1,005	1,004	1,008
22	1,013	1,009	1,009	1,011	63	1,008	1,005	1,004	1,008
23	1,013	1,010	1,010	1,011	64	1,008	1,005	1,004	1,008
24	1,014	1,010	1,010	1,011	65	1,008	1,005	1,004	1,008
25	1,014	1,011	1,011	1,012	66	1,008	1,005	1,004	1,008
26	1,015	1,011	1,011	1,012	67	1,008	1,005	1,004	1,008
27	1,015	1,011	1,011	1,012	68	1,008	1,005	1,004	1,009
28	1,016	1,012	1,012	1,013	69	1,008	1,005	1,005	1,008
29	1,016	1,012	1,012	1,013	70	1,008	1,005	1,004	1,008
30	1,016	1,012	1,012	1,014	71	1,008	1,005	1,005	1,009
31	1,017	1,013	1,013	1,014	72	1,009	1,005	1,005	1,009
32	1,017	1,013	1,013	1,014	73	1,025	1,025	1,025	1,025
33	1,018	1,013	1,013	1,015	74	1,025	1,024	1,024	1,025
34	1,018	1,014	1,014	1,015	75	1,025	1,024	1,024	1,025
35	1,003	1,007	1,008	1,004	76	1,025	1,024	1,024	1,024
36	1,003	1,007	1,008	1,004	77	1,024	1,023	1,024	1,024
37	1,004	1,007	1,008	1,004	78	1,024	1,023	1,023	1,024
38	1,003	1,007	1,008	1,004	79	1,024	1,023	1,023	1,024
39	1,003	1,007	1,008	1,004	80	1,024	1,023	1,023	1,023
40	1,004	1,007	1,009	1,005					

GOLD

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-	41	1,006	1,003	1,004	1,003
1	1,489	1,480	1,489	1,490	42	1,006	1,003	1,004	1,003
2	1,687	1,676	1,671	1,671	43	1,006	1,003	1,004	1,003
3	1,805	1,806	1,812	1,803	44	1,007	1,003	1,004	1,003
4	1,564	1,571	1,566	1,572	45	1,007	1,003	1,004	1,003
5	1,448	1,446	1,446	1,444	46	1,007	1,003	1,004	1,003
6	1,504	1,505	1,506	1,506	47	1,007	1,004	1,004	1,003
7	1,529	1,529	1,528	1,529	48	1,007	1,003	1,004	1,003
8	1,472	1,473	1,472	1,473	49	1,007	1,004	1,004	1,004
9	1,409	1,409	1,409	1,408	50	1,007	1,004	1,004	1,004
10	1,768	1,768	1,768	1,768	51	1,007	1,004	1,005	1,004
11	1,003	1,003	1,003	1,003	52	1,007	1,004	1,005	1,004
12	1,003	1,003	1,003	1,003	53	1,008	1,004	1,004	1,004
13	1,004	1,004	1,003	1,004	54	1,008	1,004	1,005	1,004
14	1,004	1,004	1,004	1,004	55	1,003	1,011	1,005	1,011
15	1,005	1,004	1,004	1,004	56	1,003	1,011	1,005	1,011
16	1,005	1,005	1,004	1,005	57	1,003	1,011	1,005	1,011
17	1,006	1,005	1,005	1,005	58	1,003	1,011	1,005	1,011
18	1,006	1,006	1,005	1,006	59	1,003	1,011	1,005	1,012
19	1,006	1,006	1,006	1,006	60	1,004	1,011	1,005	1,012
20	1,007	1,006	1,006	1,006	61	1,003	1,012	1,006	1,012
21	1,007	1,008	1,009	1,007	62	1,004	1,012	1,006	1,012
22	1,007	1,008	1,010	1,007	63	1,004	1,012	1,006	1,012
23	1,007	1,009	1,010	1,008	64	1,004	1,012	1,006	1,012
24	1,008	1,009	1,011	1,008	65	1,004	1,012	1,006	1,012
25	1,008	1,009	1,011	1,009	66	1,004	1,012	1,006	1,012
26	1,008	1,009	1,011	1,009	67	1,004	1,012	1,006	1,012
27	1,009	1,010	1,012	1,009	68	1,004	1,012	1,006	1,012
28	1,009	1,010	1,012	1,009	69	1,004	1,012	1,006	1,012
29	1,009	1,011	1,013	1,010	70	1,004	1,012	1,006	1,012
30	1,010	1,011	1,013	1,010	71	1,004	1,012	1,006	1,012
31	1,010	1,011	1,013	1,010	72	1,004	1,012	1,006	1,012
32	1,010	1,011	1,014	1,011	73	1,011	1,010	1,010	1,012
33	1,010	1,012	1,014	1,011	74	1,011	1,010	1,010	1,012
34	1,011	1,012	1,014	1,011	75	1,011	1,010	1,010	1,012
35	1,005	1,003	1,003	1,002	76	1,011	1,010	1,010	1,012
36	1,005	1,003	1,003	1,002	77	1,011	1,010	1,010	1,012
37	1,006	1,003	1,003	1,003	78	1,011	1,010	1,010	1,012
38	1,006	1,003	1,003	1,003	79	1,011	1,010	1,010	1,012
39	1,006	1,003	1,003	1,003	80	1,011	1,010	1,010	1,012
40	1,006	1,003	1,003	1,003					

PLATINUM

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-	41	1,005	1,003	1,004	1,001
1	1,491	1,484	1,483	1,492	42	1,005	1,003	1,004	1,001
2	1,659	1,685	1,674	1,670	43	1,005	1,003	1,004	1,001
3	1,809	1,800	1,805	1,802	44	1,005	1,003	1,004	1,001
4	1,573	1,570	1,569	1,572	45	1,005	1,003	1,004	1,001
5	1,444	1,447	1,443	1,444	46	1,005	1,003	1,004	1,001
6	1,506	1,505	1,507	1,507	47	1,005	1,004	1,004	1,001
7	1,529	1,529	1,528	1,529	48	1,005	1,004	1,004	1,001
8	1,473	1,473	1,473	1,473	49	1,005	1,004	1,004	1,001
9	1,408	1,408	1,409	1,408	50	1,005	1,004	1,004	1,001
10	1,768	1,768	1,768	1,769	51	1,006	1,004	1,005	1,001
11	1,003	1,003	1,002	1,002	52	1,006	1,004	1,005	1,001
12	1,003	1,003	1,003	1,002	53	1,006	1,004	1,005	1,001
13	1,004	1,003	1,003	1,003	54	1,006	1,004	1,005	1,001
14	1,004	1,004	1,003	1,003	55	1,003	1,007	1,002	1,009
15	1,005	1,004	1,003	1,004	56	1,003	1,007	1,002	1,009
16	1,005	1,004	1,004	1,004	57	1,003	1,007	1,002	1,009
17	1,006	1,005	1,004	1,004	58	1,003	1,007	1,002	1,009
18	1,006	1,005	1,004	1,004	59	1,003	1,007	1,002	1,009
19	1,006	1,005	1,005	1,005	60	1,003	1,007	1,002	1,009
20	1,007	1,005	1,005	1,005	61	1,003	1,007	1,003	1,009
21	1,009	1,008	1,010	1,009	62	1,003	1,007	1,002	1,009
22	1,009	1,008	1,010	1,009	63	1,003	1,007	1,003	1,009
23	1,010	1,009	1,011	1,010	64	1,004	1,008	1,003	1,009
24	1,010	1,009	1,011	1,010	65	1,004	1,008	1,003	1,010
25	1,011	1,009	1,012	1,011	66	1,004	1,008	1,003	1,010
26	1,011	1,010	1,012	1,011	67	1,004	1,008	1,003	1,010
27	1,011	1,010	1,012	1,012	68	1,004	1,008	1,003	1,010
28	1,012	1,010	1,013	1,012	69	1,004	1,008	1,003	1,010
29	1,012	1,011	1,013	1,012	70	1,004	1,008	1,003	1,010
30	1,013	1,011	1,014	1,013	71	1,004	1,008	1,003	1,010
31	1,013	1,012	1,014	1,013	72	1,004	1,008	1,003	1,010
32	1,013	1,012	1,014	1,013	73	1,013	1,015	1,014	1,010
33	1,013	1,012	1,014	1,014	74	1,013	1,015	1,014	1,010
34	1,014	1,012	1,015	1,014	75	1,013	1,015	1,014	1,010
35	1,004	1,002	1,003	1,001	76	1,013	1,015	1,014	1,010
36	1,004	1,003	1,003	1,000	77	1,013	1,015	1,014	1,010
37	1,004	1,003	1,003	1,001	78	1,013	1,015	1,014	1,010
38	1,004	1,003	1,003	1,001	79	1,013	1,014	1,014	1,010
39	1,004	1,003	1,003	1,001	80	1,013	1,014	1,014	1,010
40	1,004	1,003	1,004	1,001					

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

Il presente questionario serve per verificare se Intesa Sanpaolo RBM Salute può accettare il rischio per il Modulo Oculistica e benessere visivo 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 oncologica 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	Sei affetto da dipendenza da sostanze psicotrope (alcol, stupefacenti, farmaci non prescritti a seguito di terapie mediche) o da sieropositività HIV?	Si - No
2	Sei affetto da almeno uno dei seguenti disturbi: cheratocono, disturbi della retina, glaucoma, cataratta?	- Si - No, non sono stato affetto da tali disturbi o sono già stato trattato per tali patologie
2.1	Hai una miopia/un astigmatismo superiore a 5 diottrie da uno o entrambi gli occhi?	Si - No

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) comunicazioni@pec.intesasampaolorbmsalute.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**