

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

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

Prodotto: XME Protezione – Modulo Visite, Prevenzione e Farmaci

Data di aggiornamento: 19/11/2022. Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

La polizza può essere sottoscritta esclusivamente da chi è titolare di un conto corrente presso una delle filiali di Intesa Sanpaolo.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

L'impresa di assicurazione - denominata nel seguito "Compagnia" - è Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., Società del Gruppo Intesa Sanpaolo.
 Sede legale: Via Lazzari, 5 - Venezia Mestre
 tel. +39 041 2518798
 sito internet: www.intesasanpaolorbmsalute.com;
 e-mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com
 Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556.
Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione con il numero 1.00161 appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

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

Patrimonio netto: 492.561.713 €	
Di cui Capitale sociale: 269.000.000 €	Di cui Riserve patrimoniali: 549.279.567 €

Per informazioni più approfondite sulla società consulta la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito al seguente link:
https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/informazioni_societarie

Di seguito un dettaglio dei principali dati presenti nella relazione:

Requisito patrimoniale di solvibilità (SCR)	Requisito patrimoniale minimo (MCR)	Fondi propri ammissibili per copertura del SCR	Fondi propri ammissibili per copertura del MCR	Indice di solvibilità (solvency ratio)
400.016.993 €	100.004.248 €	438.839.834 €	378.837.285 €	110%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI



Che cosa è assicurato?

Massimali	Puoi scegliere tra quattro livelli di copertura, alternativi tra loro. L'importo del massimale varia a seconda del livello scelto				
		BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Visite Specialistiche e assistenza infermieristica domiciliare					
Massimale		€ 1.000	€ 1.500	€ 2.500	€ 3.500
Prevenzione					
Massimale		1 pacchetto a scelta	2 pacchetto a scelta	3 pacchetto a scelta	4 pacchetto a scelta
Farmaci di fascia A					
Massimale		€ 250	€ 250	€ 350	€ 500
Coperture assicurative offerte	<p>Visite specialistiche e assistenza infermieristica domiciliare</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Visite specialistiche a seguito di malattia e infortunio, sono comprese una visita psicologica/psichiatrica e una visita pediatrica ✓ Assistenza infermieristica domiciliare <p>Prevenzione</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ cardiovascolare ✓ oncologica ✓ della sindrome metabolica ✓ pediatrica ✓ delle vie respiratorie ✓ dermatologica ✓ otorinolaringoiatrica <p>Farmaci di classe A</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ generici/equivalenti o di marca 				

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

[MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI](#)

Non sono previste opzioni a fronte di un pagamento di premio

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

[MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI](#)

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



Che cosa NON è assicurato?

[MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI](#)

Rischi esclusi

Non è assicurabile chi, quando comincia la copertura assicurativa:

- ✗ ha più di 70 anni o, se è stato già assicurato con il Modulo nei precedenti 5 anni e in tale periodo il Cliente non ha mai dato disdetta dallapolizza o dal Modulo di cui era assicurato, ha più di 75 anni
- ✗ non è residente in Italia

Non è, inoltre, assicurabile chi, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risulti in una o più delle seguenti condizioni:



Che cosa NON è assicurato?

- * è alcolista, tossicodipendente ed è affetto da sieropositività HIV
- * versa in entrambe le seguenti situazioni: effettuano regolarmente più di due check-up all'anno e utilizzano con regolarità farmaci non erogati dal Servizio Sanitario Nazionale.
- * stia 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
- * è affetto da sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, se in forma iniziale)
- * ha un'invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o abbia fatto domanda per ottenerla
- * è affetto da disturbi neurologici del movimento o da patologie del sistema nervoso centrale (ad es. malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Sclerosi multipla) o distrofia muscolare
- * è affetto da Lupus eritematoso sistemico (LES).
- * si è sottoposto a terapie oncologiche e/o immunitarie nell'ultimo anno solare.
- * negli ultimi 2 anni abbiano effettuato più di 5 visite specialistiche (comprese visite di controllo).

Inoltre, non può essere assicurato chi risulti, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, che nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell'appendice contrattuale:

- * sia 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
- * sia stato affetto da una malattia dell'apparato digerente (escluse stipsi, gastrite), e/o da una malattia del sangue, e/o da una paralisi, e/o da una forma di cecità che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi, e/o siano stati in coma

Non è, inoltre, assicurabile chi, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, abbia almeno sei delle seguenti condizioni:

- * stiano attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- * stiano attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del fegato che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- * stiano 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)
- * stiano 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)
- * stiano 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)
- * siano state affette da forma iniziale di Parkinson o altre disabilità non gravi
- * siano state affette da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad es. artrite, ernie discali), ad esclusione di artrosi
- * abbiano subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura
- * siano state affette da connettivite mista
- * siano state affette da poliartrite nodosa
- * siano state affette da sclerodermia
- * essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia
- * siano state affette negli ultimi 5 anni da una malattia dei vasi cerebrali (ad es. ischemia,



Che cosa NON è assicurato?

- trombosi, emorragia) diversa da cefalea e/o emicrania
- * siano state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del pancreas (diversa da diabete)
- * siano state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite
- * siano 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
- * siano state affette negli ultimi 5 anni da una malattia dell'apparato urologico e/o urogenitale (escluso ipertrofia prostatica) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- * siano 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
- * siano 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
- * negli ultimi 2 anni siano 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

La Compagnia non fornisce alcuna prestazione in caso di:

- * infortuni avvenuti alla guida di veicoli in genere in stato di ubriachezza in conseguenza di azioni delittuose dell'Assicurato o di atti di autolesionismo
- * infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- * infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"
- * infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
- * conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
- * conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- * conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- * spese in conseguenza di malattie mentali e di malattie o infortuni derivanti dall'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
- * interruzione volontaria della gravidanza
- * prestazioni e cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici
- * prestazioni e cure per eliminare o correggere difetti fisici
- * prestazioni e cure per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza
- * trattamenti di medicina alternativa o complementare
- * prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche finalizzate o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari
- * prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica
- * prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico
- * spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini
- * spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti



Che cosa NON è assicurato?

- all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
- × conseguenze dirette o indirette di Pandemie
 - × cicli di visite e cure psicologiche/psichiatriche (ad eccezione della prima)
- Sono esclusi: medicinali omeopatici, galenici, parafarmaci.



Ci sono limiti di copertura?

MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Visite specialistiche				
in Network	franchigia € 55 a visita	franchigia € 35 a visita	franchigia € 25 a visita	franchigia € 15 a visita
fuori Network	scoperto. 20% min. € 55 a visita	scoperto. 20% min. € 35 a visita	scoperto. 20% min. € 25 a visita	scoperto 20% min. € 15 a visita
ticket S.S.N.	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
Assistenza infermieristica domiciliare	€15 a prestazione max.15 gg.	€ 25 a prestazione max. 15 gg.	€ 35 a prestazione max. 15 gg.	€ 55 a prestazione max. 15 gg.
Prevenzione				
in Network	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
Farmaci di classe A				
fuori Network	franchigia €55 ogni 4 farmaci	franchigia € 35 ogni 4 farmaci	franchigia € 25 ogni 4 farmaci	franchigia € 15 ogni 4 farmaci

- ! per le visite oculistiche: i difetti visivi come ad esempio la miopia non sono considerati malattia e pertanto tali visite non sono in copertura
- ! i pacchetti prevenzione possono essere effettuati solo in Assistenza Diretta
- ! sono esclusi i farmaci da banco.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?	DENUNCIA DI SINISTRO	
		<p>L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o in regime rimborsuale contattando la Centrale Operativa al numero 800.124.124.</p> <p>L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o in regime rimborsuale anche tramite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - App Intesa Sanpaolo Assicurazioni - Internet Banking di Intesa Sanpaolo. <p>In alternativa l'Assicurato può denunciare il sinistro, limitatamente al regime rimborsuale, inviando richiesta scritta a:</p> <p>Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. c/o Previmedical S.p.A. Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV)</p> <p>oppure all'indirizzo pec comunicazioni@pec.intesasampaolorbmsalute.com o all'indirizzo e-mail sinistrixmp@intesasampaolorbmsalute.com</p> <p>Il Cliente può denunciare il sinistro in regime rimborsuale anche nell'Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura, che gestisce l'Area Clienti di XME Protezione.</p>



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

	ASSISTENZA DIRETTA/IN CONVENZIONE	Le prestazioni vengono erogate tramite la Centrale Operativa grazie ad una specifica convenzione sottoscritta con Previmedical – Servizi per sanità integrativa.
	GESTIONE DA PARTE DI ALTRE IMPRESE	Non sono previste prestazioni fornite da altre Compagnie
	PRESCRIZIONE	I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952 del Codice Civile).
DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.	
OBBLIGHI DELL'IMPRESA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regime di assistenza diretta: rilasciare il VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di autorizzazione completa se le verifiche tecnico-mediche-assicurative hanno avuto esito positivo ✓ Regime rimborsuale: disporre il pagamento entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria e se, a seguito dell'Istruttoria, il sinistro è risultato indennizzabile. 	



Quando e come devo pagare?

MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI

PREMI	<p>Ad ogni annualità di polizza successiva a quella dell'acquisto il premio è incrementato in funzione dell'età dell'Assicurato e può variare in caso di cambio di residenza dall'Assicurato.</p> <p>Il premio è annuale ed è addebitato in rate mensili, senza l'aggiunta di alcun interesse. Il Cliente può pagare il premio con gli strumenti di pagamento elettronico resi disponibili tempo per tempo da Banca o dalla Compagnia.</p> <p>Se il Cliente chiude il conto corrente senza aprirne uno nuovo presso una filiale di Intesa Sanpaolo, indipendentemente dalla modalità di pagamento del premio in essere, la Compagnia addebita sul conto corrente alla chiusura del rapporto, in un'unica soluzione, le rate mensili rimanenti calcolate fino alla scadenza della polizza. Inoltre, alla scadenza di polizza, le coperture non sono tacitamente rinnovate.</p>
RIMBORSI	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI

DURATA

Le prestazioni operano a partire dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza del Modulo e dell'Appendice Contrattuale per le prestazioni da infortunio e di prevenzione
- dal 60° giorno successivo alla decorrenza dell'Appendice contrattuale per visite specialistiche, assistenza infermieristica e farmaci (anche dispensati dal Servizio Sanitario Nazionale)

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.

SOSPENSIONE

Non è prevista la sospensione del contratto.



Come posso disdire la polizza?

MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI

RIPENSAMENTO DOPO LA STIPULAZIONE

Se il Cliente acquista il Modulo mediante tecniche di comunicazione a distanza o al di fuori dei locali della Banca e non ha denunciato sinistri alla Compagnia ha diritto di recedere dalla polizza entro 14 giorni dalla data di decorrenza.

RISOLUZIONE

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



A chi è rivolto questo prodotto?

MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI

Il prodotto è rivolto a persone fisiche maggiorenni, residenti in Italia, titolari di un conto corrente presso le Banche del Gruppo Intesa Sanpaolo, che abbiano un bisogno di protezione per sé stessi o per la propria famiglia, in caso di eventi relativi a infortuni o a malattie che rendano necessari controlli, visite specialistiche o farmaci.

La sottoscrizione della polizza XME Protezione è libera e non necessaria per ottenere prodotti e servizi bancari (come ad esempio finanziamenti, carte di pagamento e mutui).



Quali costi devo sostenere?

MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI

ALLA COMPAGNIA

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

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

Fax: 0110932609

Email: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

	<p>Pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com compilando online il modulo: https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html</p> <p>La Compagnia dovrà fornire riscontro al reclamo entro il termine di 45 giorni dal ricevimento dello stesso.</p>
ALL'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente del reclamo o in caso di assenza di risposta o di risposta tardiva da parte della Compagnia è possibile rivolgersi all'Autorità di Vigilanza competente in materia:</p> <p style="text-align: center;">IVASS</p> <p style="text-align: center;">Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma</p> <p>Fax: 06.42133206</p> <p>PEC: ivass@pec.ivass.it</p> <p>Info su: www.ivass.it</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
MEDIAZIONE	<p>Con l'assistenza necessaria di un avvocato, l'Assicurato può interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98) per raggiungere un accordo tra le parti.</p> <p>Il tentativo di mediazione costituisce la condizione per poter procedere con una causa civile. La richiesta di mediazione può essere inviata a:</p> <p style="text-align: center;">INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A. Ufficio Reclami Via Lazzari, 5 - 30174 Venezia Mestre (VE)</p> <p>oppure all'indirizzo PEC: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</p>
NEGOZIAZIONE ASSISTITA	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p> <p>La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.</p>
ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	<p>Per la risoluzione extragiudiziale delle controversie tra un consumatore residente nell'Unione Europea e Intesa Sanpaolo RBM Salute relative a polizze acquistate sul sito internet della Compagnia o di Intesa Sanpaolo, è disponibile la piattaforma web "Risoluzione online delle controversie" istituita dalla Commissione Europea con il Regolamento UE n. 524/2013 accessibile all'indirizzo: https://ec.europa.eu/consumers/odr/</p> <p>La piattaforma mette a disposizione l'elenco degli Organismi di risoluzione extragiudiziale delle controversie tra cui è possibile, di comune accordo, individuare l'Organismo a cui demandare la risoluzione della controversia. L'indirizzo di posta elettronica della Compagnia è reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</p>

MODULO VISITE, PREVENZIONE E FARMACI

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE- AREA CLIENTI), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.