



Modulo Sostegno e Assistenza

Appendice
alle Condizioni di Assicurazione
della polizza XME Protezione

Edizione ottobre 2022

Modulo Sostegno e Assistenza





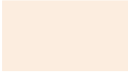
Caro Cliente,

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

Nel Modulo sono presenti:

- **SEZIONE II** (Art. 1 – 8) – Norme relative alle coperture assicurative acquistate
- **SEZIONE III** (Art. 9 - 11) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**

Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del **Modulo Sostegno e assistenza** 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.
I contenuti inseriti nei box hanno solo una valenza esemplificativa di tematiche che potrebbero essere di difficile comprensione 
- **note inserite a margine** del testo, segnalate con un elemento grafico arancione, che forniscono brevi spiegazioni di parole, sigle e concetti di uso poco comune 
- **punti di attenzione**, segnalati con un elemento grafico, vogliono ricordare al cliente di verificare che le coperture di suo interesse non siano soggette a esclusioni e limiti. 
- **elemento grafico di colore grigio**, identifica le clausole vessatorie che è necessario conoscere prima della sottoscrizione del contratto e che richiederanno una specifica approvazione in sede di acquisto della polizza 
- **elemento grafico di colore arancione**, identifica le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie od oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato su cui è importante porre l'attenzione prima della sottoscrizione del contratto. 

Il set informativo di XME Protezione è disponibile sul sito internet di Intesa Sanpaolo Assicura www.intesasanpaoloassicura.com e sul sito di Intesa Sanpaolo RBM Salute www.intesasanpaolorbmsalute.com e le sarà comunque consegnato all'acquisto della polizza

Grazie per l'interesse dimostrato

Indice

PREMESSA

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

Articolo 1. CHE COSA È ASSICURATO

- 1.1 Garanzia Sostegno
- 1.2 Garanzia Assistenza

Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO

- 2.1 Persone non assicurabili
- 2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

Articolo 3. DOVE VALGONO LE COPERTURE

Articolo 4. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

Articolo 5. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE

- 5.1 Carenze

Articolo 6. DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Articolo 7. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Articolo 8. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Articolo 9. DENUNCIA DEL SINISTRO

- 9.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Domanda di pagamento dell'indennità una tantum in caso di non autosufficienza (Garanzia Sostegno)
 - 9.1.1 Condizioni di erogazione
 - 9.1.2 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa
 - 9.1.3 Casi di rifiuto del sinistro
- 9.2 Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta (Garanzia Assistenza)
 - 9.2.1 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa di ICC
 - 9.2.3 Casi di rifiuto del sinistro
- 9.3 Data dell'evento
- 9.4 Lingua della documentazione
- 9.5 Accertamenti della Compagnia
- 9.6 Decesso dell'Assicurato
- 9.7 Prestazioni intramoenia
- 9.8 Prestazioni tra due annualità

Articolo 10. TERMINI PER IL PAGAMENTO DELL'INDENNITA' – GARANZIA SOSTEGNO

Articolo 11. TERMINI PER L'ATTIVAZIONE – GARANZIA ASSISTENZA

GLOSSARIO

ALLEGATO 1 - Tabella riepilogativa modulo sostegno e assistenza

ALLEGATO 2 - Tabella dei coefficienti

ALLEGATO 3 - Fac-simile Questionario Sanitario

ALLEGATO 4 – Modulo per la richiesta dell'indennità di non autosufficienza

PREMESSA

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del Modulo Sostegno e Assistenza (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 (d'ora in poi la Compagnia) 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 e all'accettazione del rischio assicurativo da parte della Compagnia.

Sono previsti i seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

ASSISTENZA DIRETTA

Modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale la Compagnia paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate dalla Centrale Operativa di International Care Company (d'ora in poi ICC), direttamente alla struttura sanitaria del Network.

REGIME INDENNITARIO

Modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale la Compagnia riconosce un'indennità una tantum a seguito del riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE



Sezione II

Il Modulo prevede, in caso di malattia o infortunio degli Assicurati:

- l'erogazione di un'indennità una tantum in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato per un periodo pari ad almeno 30 giorni.
- prestazioni socioassistenziali al verificarsi di uno stato di emergenza per malattia o infortunio da cui derivi uno stato di non autosufficienza o un deficit deambulatorio, sensitivo, sensoriale o cognitivo che non consenta l'ordinario svolgimento delle attività quotidiane.

L'entità dell'indennità una tantum varia in base al livello di copertura scelto dal Cliente tra quelli previsti dal Modulo, denominati Silver, Gold e Platinum.

L'importo delle prestazioni socioassistenziali è il medesimo, indipendentemente dal livello di copertura scelto dal Cliente.

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

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

Si ricorda che per questo Modulo:

- il nucleo familiare è rappresentato dal coniuge o dalla persona unita civilmente o dal convivente more uxorio e figli (anche del solo coniuge, della persona unita civilmente o del convivente more uxorio), compresi i figli adottivi e dai genitori del Contraente, anche se non conviventi
- 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.

Gli 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

Centrale Operativa: è la struttura organizzativa alla quale rivolgersi in caso di sinistro per attivare la copertura del Modulo

Network: è la rete convenzionata di ICC, costituita da medici, infermieri, strutture e operatori socio-sanitari e socioassistenziali

da sapere: per "una tantum" si intende che l'indennità viene riconosciuta una sola volta all'anno.

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

Convivenza more uxorio: è la relazione affettiva e solidaristica che lega due persone in comunione di vita senza il vincolo del matrimonio

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

Il Cliente può assicurare se stesso o uno o più componenti del proprio Nucleo Familiare, purché residenti in Italia e di età almeno pari a 65 anni .

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 degli Assicurati:

- l'erogazione di un'indennità una sola volta all'anno (una tantum) in caso di non autosufficienza – Garanzia Sostegno
- prestazioni socioassistenziali al verificarsi di uno stato di emergenza per deficit deambulatorio, sensitivo, sensoriale o cognitivo che non consenta l'ordinario svolgimento delle attività quotidiane o per non autosufficienza – Garanzia Assistenza.

Per l'indennità una tantum, il Modulo prevede 3 livelli di copertura: Silver, Gold e Platinum. La scelta del livello di copertura comporta il riconoscimento di un'indennità una tantum di importo inferiore o superiore mentre non produce alcun effetto con riferimento alle prestazioni della Garanzia Assistenza, che vengono erogate sempre alle stesse condizioni. Si riporta di seguito una tabella riassuntiva degli indennizzi previsti dalle due Garanzie.

| | SILVER | GOLD | PLATINUM |
|--|---------|---------|----------|
| Garanzia Sostegno | | | |
| 65 – 69 anni | € 2.500 | € 3.500 | € 7.500 |
| 70 – 74 anni | € 2.500 | € 3.500 | € 7.500 |
| 75 – 79 anni | € 2.500 | € 3.300 | € 7.100 |
| 80 – 90 anni | € 1.800 | € 2.500 | € 5.400 |
| Garanzia Assistenza | | | |
| Massimale annuo | | € 4.000 | |
| Sub-massimale per evento | | € 1.600 | |
| Numero massimo di eventi per annualità | | 3 | |
| Durata massima delle prestazioni socioassistenziali per evento | | 15 gg | |

sub-massimale: si intende l'importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun'annualità di polizza e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto

Si precisa che il Cliente può richiedere la variazione del livello di copertura inizialmente scelto. Tale variazione deve essere concordata con la Compagnia in base ai livelli di copertura vigenti al momento della richiesta.

1.1 Garanzia Sostegno

La Compagnia riconosce un'indennità una volta all'anno (una tantum) in caso d'infortunio o malattia per il quale derivi dall'Assicurato la perdita di autosufficienza nel compimento delle attività primarie, nei limiti di quanto indicato nelle condizioni di liquidazione variabili a seconda del livello di copertura prescelto e comunque per un periodo pari ad almeno 30 giorni.

Lo stato di non autosufficienza deve verificarsi successivamente alla data di inizio copertura per l'Assicurato e durante il periodo di copertura della polizza.

In caso di rinnovo del Modulo, se è già stata riconosciuta un'indennità per non autosufficienza, l'Assicurato non può richiederne un'altra per lo stesso evento.

• Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

È riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga valutato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana:

- lavarsi
- vestirsi e svestirsi
- igiene del corpo
- mobilità
- continenza
- bere e mangiare.

La valutazione viene fatta dal medico di medicina generale o medico specialista sulla base del modello fornito dalla Compagnia (allegato 4) – o modulo analogo, riportante gli stessi contenuti – e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestanti le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza viene effettuato dal medico di Intesa Sanpaolo RBM Salute sulla base della valutazione fatta dal medico di medicina generale o dal medico specialista e di eventuale altra documentazione.

il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza, è di 40 punti.

• Lavarsi

1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e uscire dalla vasca da bagno, o dalla doccia: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e uscire dalla vasca da bagno o dalla doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

• Vestirsi e svestirsi

1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

• Igiene del corpo

1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente i seguenti gruppi di attività:

- (1) utilizzare i servizi igienici
 - (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
 - (3) effettuare atti di igiene personale dopo aver utilizzato i servizi igienici:
- punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

• Mobilità

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

colostomia: abboccamento chirurgico tra colon e parete addominale per permettere al contenuto fecale di fuoriuscire attraverso una via alternativa a quella naturale

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

• **Continenza**

1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

• **Bere e mangiare**

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto, né alimentarsi artificialmente: punteggio 10

1.2 Garanzia Assistenza

La Compagnia eroga le prestazioni socioassistenziali, attivabili 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, nei limiti di quanto indicato nelle condizioni di liquidazione, quando l'Assicurato si trovi, a seguito d'infortunio o malattia, in uno stato d'emergenza per:

- deficit deambulatorio, sensitivo, sensoriale o cognitivo che non consenta l'ordinario svolgimento delle attività quotidiane o
- non autosufficienza (così come descritta al punto 1.1. Garanzia Sostegno).

attestati da certificazione medica (es. certificato di Pronto soccorso o di ricovero, cartella clinica, etc...).

Le prestazioni relative alla Garanzia Assistenza vengono erogate tramite la Centrale Operativa di International Care Company (ICC) grazie ad una specifica convenzione sottoscritta fra questa e la Compagnia:

- **Telemedicina**
- **Assistenza infermieristica**
- **Assistenza medica**
- **Assistenza socioassistenziale - Operatore Socio-Sanitario (OSS)**
- **Assistenza extra-domiciliare**
- **Trasporto**

Tali prestazioni possono essere fruite per il periodo massimo di durata del piano assistenziale e nei limiti dei massimali di polizza per un numero massimo di 3 eventi per annualità di polizza.

Richiesta di assistenza dell'Assicurato

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, deve telefonare alla Centrale Operativa entro 24 ore dal rilascio della certificazione medica che comprovi lo stato di emergenza, al fine di richiedere le prestazioni.

La Centrale Operativa intervista telefonicamente l'Assicurato (o uno dei soggetti sopra citati), analizza la richiesta pervenuta ed effettua una prima valutazione del caso.

A seguito di riconoscimento dello stato di emergenza ICC, tramite un Care manager, predispone un Piano Assistenziale Individuale (d'ora in poi PAI), con cui individua le prestazioni da erogare sulla base dello stato di emergenza dell'Assicurato e della documentazione medica presentata entro 5 giorni dall'attivazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Care Manager: Team multidisciplinare per la individuazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)

Il Care Manager può fornire informazioni sui servizi sociosanitari erogati dalle strutture del Network ed eventuali ulteriori informazioni utili alla gestione dello stato d'emergenza.

Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, ICC si riserva la facoltà di effettuare delle verifiche in merito allo stato d'emergenza dell'Assicurato.

Riconoscimento dello stato d'emergenza e attivazione del PAI

Nel caso in cui ICC riconosca sussistere uno stato d'emergenza, il Care Manager predispone il PAI, che ha una durata non superiore al periodo di effettiva emergenza e comunque fino ad un massimo di 15 giorni. Il PAI viene formalizzato all'interno di un apposito documento.

Tale documento può essere eventualmente integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL).

Una volta predisposto il documento contenente il PAI, ICC lo invia all'Assicurato all'indirizzo email fornito in occasione del primo contatto, e lo avvisa tramite sms.

Il PAI può essere aggiornato sulla base delle esigenze evidenziate dall'Assicurato, previa valutazione da parte di ICC.

Il professionista incaricato da ICC si reca al domicilio dell'Assicurato per l'erogazione delle prestazioni previste dal PAI. Se, a seguito delle stesse, l'Assicurato necessita di ulteriore assistenza la può richiedere contattando la Centrale Operativa di ICC, che valuterà la richiesta.

ICC provvede a monitorare costantemente l'andamento del PAI, eventualmente modificandolo anche in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso o dalle Strutture Convenzionate utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste.

ICC si riserva la facoltà di sottoporre l'Assicurato a ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le sue condizioni cliniche.

Prestazioni socioassistenziali

Telemedicina

Nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato a recarsi in autonomia presso una struttura sanitaria può contattare tramite telefonata o videochiamata il Servizio Medico della Centrale Operativa per un consulto medico generico o specialistico.

La prestazione viene fornita a seguito di una prima valutazione del Servizio medico della Centrale Operativa anche mediante la verifica della documentazione medica che attesti lo stato di salute dell'Assicurato e la sua impossibilità a recarsi in autonomia presso una struttura sanitaria.

Le aree di specializzazione sono:

- Angiologia
- Allergologia
- Andrologia
- Cardiologia
- Chirurgia
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Fisioterapia
- Gastroenterologia

- Geriatria
- Ginecologia
- Nefrologia
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Oculistica
- Ortopedia
- Otorinolaringoiatria
- Pneumologia
- Reumatologia
- Senologia
- Urologia

La Centrale Operativa è disponibile per l'organizzazione di un appuntamento:
 o per il consulto medico generico, 24 ore 7 giorni su 7
 o per il consulto specialistico in cardiologia e geriatria, 24 ore 7 giorni su 7
 o per il consulto medico per tutte le altre specialità dalle 9:00 alle 18:00 su prenotazione.

Assistenza infermieristica

- Iniezioni intramuscolari e prelievi venosi
- Prelievo venoso
- Clistere
- Medicazioni semplici
- Gestione stomie
- Gestione PEG/Sondino naso gastrico
- Gestione catetere vescicale
- Medicazioni complesse
- Broncoaspirazione
- Terapie endovenose/infusioni
- Gestione catetere venoso centrale
- Assistenza diurna/notturna al domicilio
- Rimozione punti sutura
- Ablazione gesso
- Bendaggi
- Manipolazione e controllo drenaggi
- Supporto utilizzo dispositivi elettromedicali
- Esecuzione multistick urine/glicemia

Assistenza medica

- Invio medico generico a domicilio

Assistenza socioassistenziale - Operatore Socio-Sanitario (OSS)

- Igiene Personale
- Preparazione/Somministrazione pasti
- Supporto attività quotidiane
- Assistenza diurna/notturna al domicilio

Assistenza extra-domiciliare

- Consegna farmaci a domicilio
- Ritiro e consegna documentazione/referti/ricette al domicilio

Trasporto per esigenze mediche

- Trasporto taxi con ausili (es. carrozzina)
- Trasporto in barella con ambulanza non gestito dal 118
- Servizio accompagnamento e trasporto attrezzato per lo stato non autosufficienza dell'Assicurato

Tali prestazioni possono essere fruite per il periodo massimo di durata del piano assistenziale e nei limiti dei massimali di polizza per un numero massimo di 3 eventi per annualità di polizza.

stomia: procedura chirurgica volta a creare un'apertura a livello dell'addome con lo scopo di consentire la fuoriuscita delle sostanze di scarto (feci o urina) dall'organismo

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:

- a. abbiano età inferiore ai 65 anni
- b. abbiano almeno 75 anni e un giorno o, se sono state già assicurate con il Modulo nei precedenti 5 anni e in tale periodo l'Assicurato non ha mai dato disdetta alla polizza o dal Modulo di cui erano assicurate, abbiano più di 90 anni
- c. non siano residenti in Italia.

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

- d. siano affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
- e. stiano seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari quali ischemia, trombosi, emorragia, per malattie dei vasi cerebrali o per malattie del pancreas (escluso diabete), che non consentono il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) o cure farmacologiche, chemioterapiche, radioterapiche per neoplasie maligne di qualsiasi organo o tessuto
- f. siano affette da sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, se in forma iniziale)
- g. abbiano invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o che ne abbiano fatto domanda per ottenerla
- h. siano affette da disturbi neurologici del movimento o da patologie del sistema nervoso centrale (ad esempio: malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, SLA, Sclerosi multipla) o distrofia muscolare
- i. siano affette da Lupus eritematoso sistemico (LES)

Non è inoltre possibile assicurare le persone che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino essere state, nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell'Appendice contrattuale, in una delle seguenti condizioni:

- a) affette da neoplasia maligna di qualsiasi organo o tessuto diversa da un tumore in situ o affetto da una malattia del fegato diversa da:
 - Sindrome di Gilbert
 - epatite virale non cronicizzata
 - steatosi epatica
 - calcolosi colecistica
 - angioma epatico
- b) affette da una malattia dell'apparato digerente diversa da:
 - stipsi
 - gastrite
 - ernia iatale
 - colite funzionale

che abbiano richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi

- c) affette da:
 - una malattia del sangue
 - una paralisi
 - una qualsiasi forma di cecità
 che abbiano richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- d) abbiano presentato uno stato di coma.

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

- a) essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia:
 1. cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta o iperdislipidemia
 2. dei vasi cerebrali
 3. del pancreas (diversa da diabete)
 4. del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite o rinite
 5. del sistema urologico o urogenitale diversa da ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali
 6. del sistema endocrino (compreso diabete) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo o iperparatiroidismo

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

Tumore in situ: Tipo di cancro precoce non invasivo

sindrome di Gilbert: malattia ereditaria benigna e non progressiva nella quale è presente un aumento della bilirubinemia nel siero

- b) stare attualmente seguendo cure (ad es. assunzione di farmaci) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) per:
 - 1. malattie cardiovascolari
 - 2. malattie del fegato
 - 3. malattie del/i polmone/i
 - 4. malattie del sistema urologico o urogenitale
 - 5. malattie del sistema endocrino (compreso diabete)
- c) essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi:
 - 1. dell'apparato urologico o urogenitale (escluso ipertrofia prostatica)
 - 2. del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi)
 - 3. del sistema endocrino (compreso diabete)
- d) essere affetto da forma iniziale di Parkinson o altra disabilità non grave
- e) negli ultimi 2 anni essere stato impossibilitato 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
- f) essere affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi)
- g) aver subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico o ingessatura
- h) essere affetto da:
 - 1. connettivite mista o indifferenziata
 - 2. poliartrite nodosa
 - 3. sclerodermia.

Se, nel corso dell'annualità di polizza, l'Assicurato compie 90 anni, le coperture del Modulo cesseranno alla scadenza dell'annualità di polizza e non sarà più possibile rinnovarle.

Se, nel corso dell'annualità di polizza, l'Assicurato diventa non autosufficiente in modo permanente, le coperture del Modulo cesseranno alla scadenza dell'annualità di polizza e non sarà più possibile rinnovarle.

2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

La Compagnia non fornisce alcuna prestazione in caso di non autosufficienza o insorgenza dello stato d'emergenza che sia conseguenza diretta di:

1. infortuni avvenuti alla guida di veicoli in genere in stato di ubriachezza o in conseguenza di azioni delittuose dell'Assicurato o di atti di autolesionismo
2. infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo il caso di uso a scopo terapeutico) o di sostanze allucinogene
3. infortuni che derivino dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con respiratore, 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 comportino 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. infortuni o malattie che siano 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. infortuni o malattie che siano 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. infortuni o malattie che siano conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
8. malattie mentali o assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
9. interventi di chirurgia plastica a scopo estetico
10. trattamenti di medicina alternativa o complementare
11. conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

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

Malattie mentali: si intendono quelle elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità). La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione che organizza le malattie e i traumatismi in gruppi sulla base di criteri definiti

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.

articolo 3. Dove valgono le coperture

La garanzia Assistenza vale esclusivamente in Italia.

La garanzia Sostegno vale in tutto il mondo, e la relativa indennità è pagata in Italia.

articolo 4. Dichiarazioni inesatte o reticenti

Le coperture del Modulo e il relativo premio sono determinati in base alle informazioni e dichiarazioni fornite dal Cliente. Le dichiarazioni inesatte o reticenti possono causare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo in caso di sinistro.

Se la Compagnia viene a conoscenza del fatto che l'Assicurato, al momento dell'acquisto del Modulo, era inassicurabile le coperture cessano da quando la Compagnia 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 trasferisce la propria residenza all'estero dopo l'acquisto del modulo le coperture del Modulo terminano e la Compagnia, 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.

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

Perché è importante fornire alla Compagnia le informazioni corrette



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

articolo 5. Quando cominciano e quando finiscono le coperture

Ferme le carenze di cui al successivo Art. 5.1, le coperture cominciano alle ore 24 della data indicata nel modulo di polizza o nell'Appendice Contrattuale, a condizione che il premio sia stato pagato e terminano 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 la Compagnia 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 alla Compagnia di verificare i requisiti di assicurabilità.

In ogni caso, al compimento dei 90 anni dell'Assicurato, alla scadenza dell'annualità di polizza, le coperture del Modulo non saranno più rinnovabili.

5.1 Carenze

- Per la garanzia Sostegno:
 - non sono previste in caso di infortunio
 - è prevista una carenza di 30 giorni in caso di malattia
- Non sono previste carenze per la garanzia Assistenza.

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

Cos'è la carenza

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

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

articolo 6. Determinazione del premio

Ad ogni annualità di polizza successiva a quella dell'acquisto il premio del Modulo è incrementato per la Garanzia Sostegno in funzione dell'età dell'Assicurato, come indicato nell'Allegato 2 – Tabella dei coefficienti che è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

articolo 7. Modifiche dei coefficienti per il calcolo del premio

La Compagnia 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 dalla Compagnia.

Se il Cliente non effettua la disdetta, le coperture del Modulo si rinnovano tacitamente alle nuove condizioni di premio.

articolo 8. Obblighi dell'Assicurato

Se l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate o trasferisce la propria residenza all'estero, le coperture del Modulo cessano e deve comunicarlo alla Compagnia che, in tal caso, restituisce al Cliente, al netto delle imposte, i premi eventualmente incassati dopo che sia venuta a conoscenza della perdita dei requisiti di assicurabilità.

Se l'Assicurato trasferisce in corso di durata del Modulo la propria residenza in Italia, deve comunicarlo tempestivamente alla Compagnia, inviando apposita comunicazione a Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. via San Francesco d'Assisi, 10, 10122 Torino

Inoltre, se nel corso dell'annualità di polizza l'Assicurato diventa non autosufficiente in modo permanente, è tenuto a comunicarlo alla Compagnia: le coperture del Modulo cesseranno alla scadenza dell'annualità della polizza e non sarà più possibile rinnovarle.

Sezione III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

articolo 9. Denuncia del sinistro

9.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Domanda di pagamento dell'indennità una tantum in caso di non autosufficienza (Garanzia Sostegno)

L'Assicurato può richiedere il pagamento dell'indennità tramite:

- App Intesa Sanpaolo Assicurazioni
- Internet Banking di Intesa Sanpaolo
- Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura, che gestisce l'Area Clienti di XME Protezione
- richiesta scritta all'indirizzo e-mail **sinistrixmp@insaluteservizi.com**
- contattando la Compagnia ai numeri 800.124.124 (dall'Italia) o +39.02.30328013 (dall'Estero).
- richiesta scritta a:

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

9.1.1 Condizioni di erogazione

A seguito dell'accertamento dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare deve tempestivamente produrre i documenti giustificativi dello stato di salute.

La Compagnia, dopo la ricezione della documentazione completa, si riserva di comunicare entro 60 giorni le proprie valutazioni in merito alla situazione rappresentata, anche con riferimento al momento in cui lo stato di non autosufficienza può dirsi verificato, ai fini dell'operatività della garanzia.

In ogni caso la Compagnia si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione.

9.1.2 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

In caso di manifestazione dello stato di non autosufficienza l'Assicurato invia la documentazione medica a comprova del medesimo, a titolo esemplificativo:

- referto del Pronto Soccorso o in mancanza certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo
- certificato medico completo di diagnosi
- documentazione sanitaria relativa alla patologia
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza
- lettera di dimissione ospedaliera, in caso di ricovero per malattia o infortunio che ha determinato lo stato di non autosufficienza
- certificato che attesti la perdita di autosufficienza, redatto dal medico curante o dal Medico ospedaliero
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal Medico curante che esponga l'insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, l'origine (es. incidentale o patologica) dell'/delle affezioni/i;
- nel caso in cui la non autosufficienza insorga a seguito di infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale o sul lavoro, incidenti non sul lavoro, ecc) in aggiunta alle precedenti, va prodotta idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, referti medico legali, ecc)
- eventuale altra documentazione (anche in originale) che si rendesse necessaria per valutare correttamente.

In caso di infortunio è obbligatorio presentare il referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'evento; 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 .

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)

Sul sito della Compagnia è presente il fac-simile del modulo attestante la perdita autosufficienza a uso facoltativo, che può essere compilato per facilitare la raccolta delle informazioni.

9.1.3 Casi di rifiuto del sinistro

La Compagnia respinge la richiesta di indennità nei seguenti casi:

- mancato riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato
- assenza di documentazione
- indennità già riconosciuta nell'annualità assicurativa
- indennità già riconosciuta per il medesimo evento nel corso dell'annualità precedente

La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di indennizzo 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 indennizzo entro 60 giorni di calendario dalla richiesta della Compagnia, il sinistro è respinto: la richiesta può essere ripresentata.

9.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta (Garanzia Assistenza)

Per attivare le prestazioni assicurative ed effettuare la denuncia di sinistro l'Assicurato, il Contraente o un soggetto terzo devono contattare la Centrale Operativa attiva 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 ai numeri: dall'Italia 800.124.124, dall'Estero +39 02.30328013, oppure tramite l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni.

Inoltre, la Centrale Operativa è disponibile per:

- il consulto medico generico, 24 ore 7 giorni su 7
- il consulto specialistico in cardiologia e geriatria, 24 ore 7 giorni su 7
- il consulto medico per tutte le altre specialità su prenotazione dalle 9:00 alle 18:00 su prenotazione.

L'Assicurato deve indicare con precisione:

- nome e cognome dell'Assicurato
- tipo di assistenza di cui necessita
- numero identificativo di polizza e codice fiscale
- indirizzo del luogo in cui si trova
- recapito telefonico a cui la Centrale Operativa ICC provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

ICC apre il sinistro e inoltra un'e-mail all'Assicurato (o all'indirizzo e-mail fornito in occasione del primo contatto) richiedendo la documentazione e i certificati medici necessari.

Una volta ricevuta la documentazione, la Centrale Operativa verifica la sussistenza dello stato d'emergenza dell'Assicurato, ad esempio:

- mediante accertamenti telefonici
- mediante l'invio di un medico o di un infermiere o di un professionista al domicilio dell'Assicurato per erogare le prestazioni richieste
- richiedendo un certificato del medico di medicina generale dell'Assicurato.

Nel caso in cui le verifiche effettuate abbiano dato esito positivo, il Care Manager predisponde il PAI entro 6 ore dal ricevimento della documentazione completa; tale documento è costantemente monitorato ed eventualmente aggiornato sulla base dei riscontri ricevuti dall'Assicurato e dalle Strutture Convenzionate utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste, previa valutazione da parte di ICC.

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)

9.2.1 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa di ICC

In caso di manifestazione dello stato d'emergenza l'Assicurato invia la documentazione medica a comprova del medesimo, a titolo esemplificativo:

- referto del Pronto Soccorso redatto entro 24 ore dall'insorgenza dello stato di necessità, o in mancanza certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo
- certificato medico completo di diagnosi
- documentazione sanitaria relativa alla patologia
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza
- lettera di dimissioni ospedaliera, in caso di ricovero per malattia o infortunio che ha determinato il deficit deambulatorio, sensitivo, sensoriale o cognitivo che non consenta l'ordinario svolgimento delle attività quotidiane, o lo stato di non autosufficienza
- in caso di stato d'emergenza causato da perdita di autosufficienza:
 - certificato che attesti la perdita di autosufficienza, redatto dal medico curante o dal Medico ospedaliero
 - relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante che esponga l'insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, l'origine (es. incidentale o patologica) dell'/delle affezioni/i;
 - nel caso in cui la non autosufficienza insorga a seguito di infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale o sul lavoro, incidenti non sul lavoro, ecc) in aggiunta alle precedenti, va prodotta idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, referti medico legali, ecc)
- eventuale altra documentazione (anche in originale) che si rendesse necessaria per una corretta valutazione.

In caso di infortunio è obbligatorio presentare il referto del Pronto Soccorso, redatto entro 24 ore dall'evento; 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.

Sul sito della Compagnia è presente il fac-simile del modulo attestante la perdita autosufficienza a uso facoltativo, che può essere compilato per facilitare la raccolta delle informazioni.

9.2.2 Casi di rifiuto del sinistro

La Compagnia respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- insussistenza dello stato d'emergenza dell'Assicurato
- assenza di documentazione
- esaurimento del massimale
- esaurimento del sottolimito per evento
- superamento del numero massimo di eventi per annualità di polizza
- superamento della durata massima del Piano Assistenziale

9.3 Data dell'evento

- **Garanzia Sostegno:** data dell'insorgenza dello stato di non autosufficienza
- **Garanzia Assistenza:** data dell'insorgenza dello stato di emergenza dell'Assicurato

9.4 Lingua della documentazione

La documentazione medica in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese e dal tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese sostenute dalla Compagnia per la traduzione sono a carico dell'Assicurato.

9.5 Accertamenti della Compagnia

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire ogni informazione necessaria e presentare la documentazione medica richiesta.

Inoltre, l'Assicurato e, nel caso, i suoi familiari o gli aventi diritto, devono consentire la visita dei medici incaricati dalla Compagnia 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 12 mesi a partire dalla denuncia di sinistro.

9.6 Decesso dell'Assicurato

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

- a) avvisare la Compagnia il prima possibile
- b) presentare ulteriore documentazione quale:
 - certificato di morte dell'Assicurato
 - copia autenticata dell'eventuale testamento o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - estremi del testamento
 - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire
 - se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a 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 diritto o quote di eredità
 - se ci sono aventi diritto minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Compagnia a liquidare l'indennità e agli aventi diritto di riscuotere le quote loro destinate
 - fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
 - dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare il bonifico per liquidare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in questo Modulo.

9.7 Prestazioni intramoenia

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

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.

9.8 Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità di polizza rientrano nel massimale dell'annualità in cui si è verificata l'insorgenza dello stato d'emergenza dell'Assicurato.

Facciamo un esempio

- Decorrenza della copertura assicurativa: 1° gennaio 2023
- Ricorrenza annua: 1° gennaio 2024
- Riconoscimento dello stato d'emergenza dell'Assicurato: 20 dicembre 2023
- Attivazione del PAI da parte di ICC, di durata pari a 15 giorni: 22 dicembre 2023
- Termine del PAI: 5 gennaio 2024
- Prestazioni assistenziali erogate fra il 1° e il 5 gennaio 2024: sono imputate sul massimale del 2023.

articolo 10. Termini per il pagamento dell'indennità – Garanzia Sostegno

La Compagnia si impegna a pagare l'indennità eventualmente dovuta all'Assicurato entro 30 giorni di calendario dal riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'assicurato da parte della Compagnia ai sensi dell'art.9.1.1."

Dopo questo periodo la Compagnia, deve corrispondere gli interessi di mora (ovvero gli interessi maturati nel periodo di ritardato pagamento) sino alla data dell'effettivo pagamento. Gli interessi si calcolano dal giorno del ritardo al tasso legale, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

articolo 11. Termini per l'attivazione – Garanzia Assistenza

Se accertato lo stato di emergenza, la Centrale Operativa di ICC approva e invia il PAI all'Assicurato entro 6 ore dalla ricezione della documentazione completa.

Tali prestazioni sono erogate entro 48 ore dal verificarsi dello stato di emergenza e necessità dell'assicurato, e comunque successivamente alla predisposizione del PAI.

GLOSSARIO

ANNUALITA' DI POLIZZA

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

APPENDICE CONTRATTUALE

Il documento sottoscritto dal Contraente attestante l'acquisto o l'eliminazione di Moduli (rispetto al contratto di polizza) o la variazione del livello di copertura prescelto.

ASSICURATO

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

ASSISTENZA DIRETTA

Modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale la Compagnia paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate dalla Centrale Operativa di International Care Company, direttamente alla struttura sanitaria del Network.

CARE MANAGER

Team multidisciplinare per la individuazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI).

CARENZA

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

COMPAGNIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. con sede legale in Italia, a Venezia – Mestre (VE), via Lazzari 5, 30174

CONTRAENTE/CLIENTE

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

CONVIVENZA MORE UXORIO

La convivenza more uxorio è la relazione affettiva e solidaristica che lega due persone in comunione di vita senza il vincolo del matrimonio.

DATA EVENTO

- **Garanzia Sostegno:** data dell'insorgenza dello stato di non autosufficienza
 - **Garanzia Assistenza:** data dell'insorgenza dello stato di emergenza dell'Assicurato
-

EVENTO

- **Garanzia Sostegno:** il verificarsi dello stato di non autosufficienza
 - **Garanzia Assistenza:** il verificarsi dello stato di emergenza 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

MALATTIA

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

MALATTIE MENTALI

Le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS¹).

MASSIMALE

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

¹Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

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.

MEDICO DI MEDICINA GENERALE: libero professionista convenzionato con il Servizio sanitario Nazionale. Le due principali tipologie di Medico di medicina generale sono il medico di Assistenza Primaria (o Medico di famiglia) e il medico di Continuità Assistenziale (ancora oggi più conosciuta come Guardia Medica).

MODULI

Le coperture assicurative acquistabili con la polizza XME Protezione.

MODULO DI POLIZZA

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

NETWORK

Rete convenzionata di International Care Company per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta.

NUCLEO FAMILIARE

Coniuge o persona unita civilmente o convivente more uxorio e figli (anche del solo coniuge, della persona unita civilmente o del convivente more uxorio), compresi i figli adottivi e i genitori del Contraente.

È ammessa l'inclusione nel nucleo familiare dei soggetti sopra citati anche se non conviventi con il Contraente e anche se non fiscalmente a carico.

PANDEMIA

Epidemia la cui diffusione interessi 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

PREMIO

Somma dovuta dal Contraente alla Compagnia come corrispettivo dei moduli acquistati.

QUESTIONARIO SANITARIO

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

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

Costituisce parte integrante della Polizza.

RISCHIO

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

SINISTRO

Vedi EVENTO

SPORT PROFESSIONISTICO/GARE PROFESSIONISTICHE

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

SUB-MASSIMALE

Importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun'annualità di polizza e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto.

ALLEGATO 1- Tabella riepilogativa Modulo Sostegno e assistenza

| | SILVER | GOLD | PLATINUM |
|--|---------|---------|----------|
| Garanzia Sostegno | | | |
| 65 – 69 anni | € 2.500 | € 3.500 | € 7.500 |
| 70 – 74 anni | € 2.500 | € 3.500 | € 7.500 |
| 75 – 79 anni | € 2.500 | € 3.300 | € 7.100 |
| 80 – 90 anni | € 1.800 | € 2.500 | € 5.400 |
| Garanzia Assistenza | | | |
| Massimale annuo | € 4.000 | | |
| Sub-massimale per evento | € 1.600 | | |
| Numero massimo di eventi per annualità | 3 | | |
| Durata massima delle prestazioni socioassistenziali per evento | 15 gg | | |

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

| | SILVER | GOLD | PLATINUM |
|------------------|-------------------------------|------|----------|
| Fasce Età | Coefficienti su premio | | |
| 65-69 | - | - | - |
| 70-74 | 1,80 | 1,80 | 1,80 |
| 75-79 | 1,83 | 1,72 | 1,73 |
| 80-90 | 1,28 | 1,35 | 1,35 |

GARANZIA ASSISTENZA

| Fasce Età | Coefficienti su premio |
|-----------|------------------------|
| 65-69 | - |
| 70-74 | 1,00 |
| 75-79 | 1,00 |
| 80-90 | 1,00 |

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

Il presente questionario serve per verificare se la Compagnia può accettare il rischio per il Modulo Sostegno e Assistenza in relazione all'attuale stato di salute (assumibilità del rischio) dell'Assicurato **(Nome/Cognome)**.

| 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 | Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas (compreso diabete), del fegato, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o urogenitale e/o del sistema endocrino e/o da una neoplasia maligna di qualsiasi organo o tessuto?? | Si - No |
| 2.1 | Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica e/o angioma epatico) e/o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ? | Si - No |
| 2.1.1 | <p>"Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o urogenitale e/o del sistema endocrino?</p> <p>Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia, asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite, ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali, tiroide di hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo.</p> <p>Rispondere ""No"" nel caso in cui l'Assicurato non sia affetto da alcuna patologia o sia affetto da una o più patologie indicate come non rilevanti (è possibile selezionare più di una risposta diversa da ""No"")</p> | <p>- Malattia cardiovascolare - Malattia dei vasi cerebrali - Malattia del pancreas (escluso diabete) - Malattia del/i polmone/i - Malattia del sistema urologico e/o urogenitale - Malattia del sistema endocrino (compreso diabete) - No</p> |
| 3 | Stai attualmente seguendo cure per una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas (escluso diabete), del fegato, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o urogenitale e/o del sistema endocrino (compreso diabete) e/o da una neoplasia maligna di qualsiasi organo o tessuto?? | Si - No |
| 3.1 | Stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ad es. ischemia, trombosi, emorragia) e/o per malattie del pancreas (escluso diabete), che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) e/o stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci, chemioterapia, radioterapia) per neoplasie maligne di qualsiasi organo o tessuto? | Si - No |
| 3.2 | Stai attualmente seguendo cure per malattie cardiovascolari, malattie del fegato, malattie del/i polmone/i, malattie del sistema urologico, e/o urogenitale malattie del sistema endocrino (compreso diabete)? | Si - No |

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

| N | Domande | Risposta |
|-------|---|---|
| 3.2.1 | Stai attualmente seguendo cure (ad es. assunzione di farmaci) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No") | - Cura per malattie cardiovascolari (esclusa ischemia, trombosi ed emorragia) - Cura per malattie del fegato - Cura per malattie del/i polmone/i - Cura per malattie del sistema urologico e/o urogenitale - Cura per malattie del sistema endocrino (compreso diabete) |
| 4 | Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia che abbia richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi , quale ad esempio una malattia dell'apparato digerente, una malattia del sangue, una malattia dell'apparato urologico o urogenitale, una malattia del sistema osteo-articolare, una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) o hai sofferto di paralisi o da una forma di cecità o hai presentato uno stato di coma? | Si - No |
| 4.1 | Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato digerente (escluse stipsi, gastrite, ernia iatale, colite funzionale) o una malattia del sangue o una paralisi o alcuna forma di cecità , che abbia richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi o hai presentato uno stato di coma ? | Si - No |
| 4.1.1 | Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato urologico e/o uro-genitale, una malattia del sistema osteo-articolare o una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi? Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertrofia prostatica, artrosi e/o osteoporosi. Rispondere "No" nel caso in cui l'Assicurato non sia affetto da alcuna patologia o sia affetto da una o più patologie indicate come non rilevanti (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No") | - Malattia dell'apparato urologico e/o uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) - Malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) - Malattia del sistema endocrino (compreso diabete) - No |
| 5 | Soffri di una patologia neurologica (ad. es. sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer) o sei affetto da una disabilità ? | Si - No |
| 5.1 | Soffri di sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, se in forma iniziale)? | Si - No |
| 5.1.1 | Soffri di una forma iniziale di morbo di Parkinson o di altra disabilità non grave ? | Si - No |
| 6 | Hai avuto il riconoscimento di un' invalidità permanente (o hai fatto domanda per ottenerla) e/o sei stato affetto negli ultimi 2 anni da una qualche inabilità temporanea ? | Si - No |
| 6.1 | Ti è stata riconosciuta un' invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o hai fatto domanda per ottenerla ? | Si - No |

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

| N | Domande | Risposta |
|-------|---|--|
| 6.1.1 | Negli ultimi 2 anni sei stato impossibilitato a svolgere le tue mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi? | |
| 7 | Hai sofferto o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi), di disturbi neurologici del movimento o di patologie del sistema nervoso centrale o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico o ingessatura ? | Si - No |
| 7.1 | Attualmente soffri di disturbi neurologici del movimento o di patologie del sistema nervoso centrale (ad es. malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, SLA, Sclerosi multipla) o di distrofia muscolare ? | Si - No |
| 7.2 | Hai sofferto o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico o ingessatura ? | Si - No |
| 7.2.1 | Attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi) (ad es. artrite, ernie discali)? | Si - No |
| 7.2.2 | Hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico o ingessatura ? | Si - No |
| 8 | Attualmente soffri di una malattia reumatologica , (ad es. connettivite mista o indifferenziata, lupus eritematoso sistemico (LES), poliartrite nodosa o sclerodermia)? | Si - No |
| 8.1 | Attualmente soffri di lupus eritematoso sistemico (LES) ? | Si - No |
| 8.1.1 | Attualmente soffri di connettivite mista o indifferenziata, poliartrite nodosa o sclerodermia ? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No") | - No - Connettivite mista e/o indifferenziata - Poliartrite nodosa - Sclerodermia |



Allegato 4 - Modulo di denuncia sinistro per la richiesta di indennità in caso di non autosufficienza
da compilarsi a cura dell'Assicurato

Informazioni sulla polizza

Dati Assicurato di cui si chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza

| | |
|----------------|--|
| Nome Cognome | |
| Codice fiscale | |
| Nato a | |
| il | |

Dati del tutore/procuratore o di chi ne fa le veci

| | |
|---|--|
| Nome Cognome | |
| Codice fiscale | |
| Nato a | |
| il | |
| Telefono/cellulare | |
| email | |
| Indicare il rapporto (coniuge, legale rappresentante..) | |

Consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali

Tenuto conto dell'Informativa resami ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., prendo atto del trattamento dei miei Dati Personali effettuato per le finalità descritte nell'Informativa, nella Sezione 3 "Categorie dei dati personali, finalità e base giuridica del trattamento".

Inoltre, apponendo la mia firma in calce, confermo il mio consenso in relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali, compresa la loro comunicazione e successivo trattamento da parte delle categorie di destinatari di cui alla Sezione 4 dell'Informativa, necessario per il perseguimento delle finalità indicate nella Sezione 8 dell'Informativa.

Data compilazione

Firma per consenso

.....

.....
(se incapace, firma del soggetto che richiede l'indennità in sua vece)



Coordinate bancarie del conto corrente dell'assicurato

Intestatario del conto corrente: _____

iban
.....

Modalità di invio modulo denuncia

Il modulo di denuncia compilato in tutte le sue parti e firmato, unitamente alla copia della documentazione medica e di spesa, deve essere inviato a:

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

Dalla data di ricevimento di tale documentazione, decorre il periodo di accertamento che, in ogni caso, non può superare i 60 giorni. La Compagnia si riserva inoltre di richiedere all'Assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

Data denuncia sinistro

.....

Firma dell'Assicurato

.....
se incapace, firma del soggetto che richiede l'indennità in sua vece



Richiesta per il riconoscimento della perdita di autosufficienza

Documentazione da allegare e altre informazioni da comunicare

Le chiediamo di allegare alla denuncia di sinistro la copia della documentazione di seguito elencata:

- documento di identità valido e codice fiscale (sia dell'Assicurato/a sia dell'eventuale Legale Rappresentante/Tutore/Amm.re di sostegno) o di chi ne fa veci
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante che esponga l'insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato/a, l'origine (ad esempio: incidentale opatologica) dell'affezione o delle affezioni
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza
- eventuale verbale di riconoscimento dell'Invalidità Civile rilasciato dalla Commissione della ASL di appartenenza
- eventuale verbale della competente Autorità giunta sul luogo dell'evento (nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia stato causato da evento accidentale)
- eventuale documentazione comprovante lo status di chi sta agendo per conto dell'Assicurato, ad es. tutore/procuratore (decreto di nomina, procura speciale/generale), familiare (stato di famiglia), ecc..., corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale).



Certificato attestante la perdita di autosufficienza

Dottor

Il presente modulo deve essere stampato e scritto con caratteri molto chiari e tutte le risposte alle singole domande devono essere rese in termini particolareggiati, precisi ed esaurienti.

Dati Assistito

| | |
|-----------------|--|
| Nome Cognome | |
| Codice fiscale | |
| Nato a | |
| il | |
| età(anni) | |
| residente a | |
| in via | |
| CAP e Provincia | |

Domande

Risposte del medico

1. Lo stato di non autosufficienza è insorto a seguito di quale condizione?

a. impossibilità di compiere almeno 4 delle 6 attività della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare)

b. demenza senile invalidante o malattia di Alzheimer, certificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein)

2. L'Assicurato ha bisogno di assistenza continua da parte di un'altra persona?

3.

a. L'Assicurato è attualmente ricoverato in lungo degenza in struttura abilitata pubblica o privata?

b. Se sì, qual è la struttura?

c. Da quando?

1a.

1b.

2.

3a.

3b.

3c.



Domande

Risposte del medico

- 4.
- a. L'Assicurato è attualmente ricoverato in istituto psichiatrico?
- b. Se sì, qual è la struttura?
- c. Da quando?
-
- 5.
- a. Qual è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza?
- b. Quando si è verificato
-
6. L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o doccia in modo completamente autonomo?
-
7. L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?
-
8. L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa di farsi il bagno?
-
9. L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo?
-
10. L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?
-
11. L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?
-
12. L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (a), (b), e (c):
- a. utilizzare i servizi igienici?
- b. lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi?
- c. effettuare atti di igiene personale dopo aver utilizzato i servizi igienici?
-
13. L'Assicurato necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (a), (b) e (c)?

4a.

4b.

4c.

5a.

5b.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12a.

12b.

12c.

13.



Domande

Risposte del medico

14. L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (a), (b), e (c)?

14.

15. L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?

15.

16. L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (è però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)

16.

17. L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto per muoversi?

17.

18. L'Assicurato è completamente continente?

18.

19. L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?

19.

20. L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia?

20.

21. L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?

21.

22. L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie?

22. Risposta sì o no

1 Sminuzzare/tagliare il cibo;

1

2 Sbucciare la frutta;

2

3 Aprire un contenitore/una scatola;

3

4 Versare bevande nel bicchiere;

4

23. L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.

23.

Sulla base di quanto da me esaminato, verificato ed accertato dichiaro e certifico che

il Sig./Sig.ra si trova in stato di non autosufficienza.

Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

Luogo e data _____

Il Medico Curante
(Firma e timbro)

(DOMICILIO)

INFORMATIVA NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (DI SEGUITO L'"INFORMATIVA") - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NELL'AMBITO DELLE COPERTURE ASSICURATIVE PRESTATE DA INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.P.A. ALL'INTERNO DEL PRODOTTO XMEPROTEZIONE

Il Regolamento sulla "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (di seguito il "Regolamento") contiene una serie di norme dirette a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone. La presente Informativa ne recepisce le previsioni.

SEZIONE 1 - IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., con sede legale in Corso Inghilterra 3, 10138 Torino e **Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.** con sede in Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo, in qualità di **Contitolari del trattamento**²(di seguito anche le "Società") trattano i Suoi dati personali (di seguito i "Dati Personali") per le finalità indicate nella Sezione 3.

SEZIONE 2 - DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. e Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. hanno nominato il "responsabile della protezione dei dati" previsto dal Regolamento (c.d. "Data Protection Officer" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nella Sezione 7 della presente Informativa, può contattare il DPO di Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. al seguente indirizzo email: dpo@intesasanpaoloassicura.com e il DPO di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. al seguente indirizzo email privacy@intesasanpaolorbmsalute.com

SEZIONE 3 - CATEGORIE DEI DATI PERSONALI, FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Categorie di Dati Personali

Fra i Dati Personali che le Società trattano rientrano, a titolo esemplificativo i Suoi dati anagrafici e di contatto e i dati affinenti alle coperture assicurative prestate da Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. all'interno del prodotto alla polizza XMEProtezione a lei riferibile come contraente e/o assicurato. Tra i dati trattati potrebbero esservi anche i dati definiti particolari di cui alla Sezione 8 della presente Informativa.

Fonti dei Dati Personali

Le Società utilizzano i Dati Personali che la riguardano da Lei stesso comunicati o raccolti presso altri Titolari del trattamento (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi) o tramite il Contraente di polizza, in osservanza delle normative di riferimento.

Finalità e base giuridica del trattamento

I Dati Personali che la riguardano sono trattati dalle Società nell'ambito delle proprie attività, anche disgiuntamente, in qualità di Contitolari del trattamento, basandosi tale contitolarità sulla condivisione dei dati e delle seguenti finalità di trattamento:

a) Prestazione dei servizi ed esecuzione dei contratti

Il conferimento dei Suoi Dati Personali necessari per prestare i servizi richiesti ed eseguire i contratti (ivi compresi gli atti in fase precontrattuale - es. preventivi, questionari sanitari) non è obbligatorio, ma il rifiuto a fornire tali Dati personali comporta l'impossibilità per le Società di adempiere a quanto richiesto.

²

Il contenuto essenziale dell'accordo di contitolarità per il trattamento dei dati personali (ex art. 26 del REGOLAMENTO UE 2016/679) tra Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. e Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. è reso disponibile sui siti internet delle Società: www.intesasanpaoloassicura.com e www.intesasanpaolorbmsalute.com



I Suoi Dati Personali saranno trattati: (i) per la proposizione e conclusione dei contratti assicurativi e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi; (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati (ivi compresa la fase liquidativa).

b) Adempimento a prescrizioni normative nazionali e comunitarie

Il trattamento dei Suoi Dati Personali per adempiere a prescrizioni normative è obbligatorio e non è richiesto il Suo consenso.

Il trattamento è obbligatorio, ad esempio, quando è prescritto dalla normativa fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi o per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di vigilanza e controllo (ad esempio la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per l'intero corso di vita dello stesso; la normativa inerente alla prevenzione delle frodi nel settore del credito al consumo, con specifico riferimento al furto d'identità, richiede la comunicazione dei dati ai fini dell'alimentazione del relativo archivio centrale automatizzato -SCIPAFI).

c) Legittimo interesse del Titolare

Il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario per perseguire un legittimo interesse della Società, ossia:

- per svolgere l'attività di prevenzione delle frodi assicurative;
- per la gestione del rischio assicurativo a seguito della stipula di un contratto di assicurazione (a mero titolo esemplificativo la gestione dei rapporti con i coassicuratori e/o riassicuratori);
- per perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi. In quest'ultimo caso la Società potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata ed aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali e non è richiesto il Suo consenso.

SEZIONE 4 - CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I SUOI DATI PERSONALI POTRANNO ESSERE COMUNICATI

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari:

a) Società appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo.

b) Soggetti Terzi (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio:

- Società di mutuo soccorso;
- Soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori
- Agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori diretti, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione;
- Società che svolgono servizi di revisione contabile e certificazione di bilancio;
- Uffici legali, nel caso della gestione di reclami e contenziosi;
- Fondi o casse sanitarie;
- Strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari;
- Società che svolgono servizi di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta;
- Società cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri nonché la gestione della centrale operativa e, più in generale, fornitori incaricati all'esecuzione di attività strumentali;
- Società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi o altri servizi di natura tecnico/ organizzativa);
- Istituti bancari.

c) Autorità (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc...) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi (es. SCIPAFI).

Le Società del Gruppo Intesa Sanpaolo ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso.

L'elenco aggiornato dei soggetti a cui i Suoi Dati personali possono essere comunicati è disponibile presso la sede

legale delle Società o sul sito di Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A.

www.intesasanpaoloassicura.com

SEZIONE 5 - TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE FUORI DALL'UNIONE EUROPEA

I Suoi Dati Personali sono trattati dalle Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi. Se necessario, per ragioni di natura tecnica od operativa, le Società si riservano di trasferire i Suoi Dati Personali verso paesi al di fuori dell'Unione Europea o organizzazioni internazionali per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, ovvero sulla base di adeguate garanzie fornite dal paese in cui i dati devono essere trasferiti o sulla base delle specifiche deroghe previste dal Regolamento.

SEZIONE 6 - MODALITÀ DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei Suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

In linea generale, i Suoi Dati Personali sono conservati per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui Lei è parte. I Dati Personali potranno, altresì, essere trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

SEZIONE 7 - DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti delle Società i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto a:

dpo@intesasanpaoloassicura.com o a mezzo posta all'indirizzo Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. - Privacy - Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano.

Le eventuali comunicazioni e le azioni intraprese dalle Società, a fronte dell'esercizio dei diritti di seguito elencati, saranno effettuate gratuitamente. Tuttavia, se le Sue richieste sono manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, le Società potranno addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste.

1. Diritto di accesso

Lei potrà ottenere dalle Società la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi Dati Personali e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Dati Personali ed alle informazioni previste dall'art. 15 del Regolamento, tra le quali, a titolo esemplificativo: le finalità del trattamento, le categorie di Dati Personali trattati etc

Qualora i Dati Personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale, Lei ha il diritto di essere informato dell'esistenza di garanzie adeguate relative al trasferimento, come specificato nella Sezione 5.

Se richiesto, le Società Le potranno fornire una copia dei Dati Personali oggetto di trattamento. Per le eventuali ulteriori copie le Società potranno addebitarle un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se la richiesta in questione è presentata mediante mezzi elettronici, e salvo diversa indicazione, le informazioni Le verranno fornite dalle Società in un formato elettronico di uso comune

2. Diritto di rettifica

Lei potrà ottenere dalla Società la rettifica dei Suoi Dati Personali che risultano inesatti come pure, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione degli stessi, qualora risultino incompleti, fornendo una dichiarazione integrativa.

3. Diritto di cancellazione

Lei potrà ottenere dal Titolare la cancellazione dei Suoi Dati Personali, se sussiste uno dei motivi previsti dall'art. 17 del Regolamento, tra cui, a titolo esemplificativo, qualora i Dati Personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati o qualora il consenso su cui si basa il trattamento dei Suoi Dati Personali è stato da Lei revocato e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento.

La informiamo che la Società non potrà procedere alla cancellazione dei Suoi Dati Personali: qualora il loro trattamento sia necessario, ad esempio, per l'adempimento di un obbligo di legge, per motivi di interesse



pubblico, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

4. Diritto di limitazione di trattamento

Lei potrà ottenere la limitazione del trattamento dei Suoi Dati Personali qualora ricorra una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Regolamento, tra le quali, ad esempio:

- la contestazione circa l'esattezza dei Suoi Dati Personali, per il periodo necessario alle Società di effettuare le verifiche;
- l'opposizione al trattamento, in attesa delle opportune verifiche da parte delle Società in merito alla prevalenza dei motivi che legittimino il trattamento stesso.

5. Diritto alla portabilità dei dati

Qualora il trattamento dei Suoi Dati Personali si basi sul consenso o sia necessario per l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati, Lei potrà:

- richiedere di ricevere i Dati Personali da Lei forniti in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (esempio: computer e/o tablet);
- trasmettere i Suoi Dati Personali ricevuti ad un altro soggetto Titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Società.

Potrà inoltre richiedere che i Suoi Dati Personali vengano trasmessi dalla Società direttamente ad un altro soggetto titolare del trattamento da Lei indicato, se ciò sia tecnicamente fattibile per la Società. In questo caso, sarà Sua cura fornirci tutti gli estremi esatti del nuovo titolare del trattamento a cui intenda trasferire i Suoi Dati Personali, fornendoci apposita autorizzazione scritta.

6. Diritto di opposizione

Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi Dati Personali qualora il trattamento venga effettuato per l'esecuzione di un'attività di interesse pubblico o per il perseguimento di un interesse legittimo del Titolare (compresa l'attività di profilazione). Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione qui descritto, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali, a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto.

7. Diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali

Fatto salvo il Suo diritto di ricorrere in ogni altra sede amministrativa o giurisdizionale, qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente.

SEZIONE 8 - TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

In relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali (tra cui dati relativi allo stato di salute e alla prestazione sanitaria ricevuta) necessario per l'assunzione e la stipula di polizze assicurative, nonché per la successiva fase di gestione ed esecuzione contrattuale, è richiesta una manifestazione esplicita di consenso, fatti salvi gli specifici casi previsti dal Regolamento che consentono il trattamento di tali Dati Personali anche in assenza di consenso.

CONTENUTO ESSENZIALE DELL'ACCORDO DI CONTITOLARITA' PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 26 REGOLAMENTO UE 2016/679) tra Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. con sede legale in Torino, Corso Inghilterra 3 e Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. con sede legale Venezia - Mestre, via A. Lazzari 5

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. e Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. (nel seguito, congiuntamente, anche le "Parti" o i "Contitolari") hanno sottoscritto un accordo di contitolarità in relazione ai trattamenti di dati personali effettuati nell'ambito delle coperture assicurative prestate da Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. all'interno del prodotto XMEPROTEZIONE:

- Trattamenti funzionali alla proposizione e conclusione dei contratti assicurativi e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (tra i dati personali trattati potrebbero esserci dati definiti dal Regolamento come particolari);



- Trattamenti funzionali all'esecuzione dei contratti (ivi compresa la fase liquidativa);
- Trattamenti funzionali a fornire all'interessato specifici servizi tramite canali digitali (es.: Sito Istituzionale, Internet Banking, App).

I Contitolari sono obbligati in solido a predisporre e mantenere aggiornati tutti gli adempimenti previsti in materia di protezione dei dati personali.

In particolare, Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., in quanto soggetto designato all'implementazione ed alla manutenzione delle misure di sicurezza, è tenuta a mettere in atto tutte le misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza dei dati personali raccolti, svolgendo anche monitoraggi periodici sulla sicurezza al fine di adeguatamente presidiare i rischi.

Allo stesso modo, Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. in quanto soggetto designato alla gestione dei sinistri relativi ai moduli salute del prodotto XME Protezione, è tenuta a mettere in atto tutte le misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza dei dati personali raccolti, svolgendo anche monitoraggi periodici sulla sicurezza al fine di adeguatamente presidiare i rischi.

I Contitolari si sono impegnati a far sì che chiunque agisca sotto la loro autorità e abbia accesso ai dati personali, tratti tali dati solo dopo aver ricevuto le relative istruzioni dal rispettivo Contitolare.

I Contitolari stabiliscono concordemente che, per i trattamenti oggetto dell'accordo di contitolarità è affidato a Intesa Sanpaolo Assicura - nel momento in cui venga a conoscenza di una violazione dei dati personali trattati - l'onere di notificare la violazione all'Autorità di controllo competente, senza ingiustificato ritardo e, se possibile, entro 72 ore dall'avvenuta conoscenza, dandone previa informazione all'altro Contitolare.

Per maggiori dettagli circa i trattamenti svolti in contitolarità, nonché ai fini dell'esercizio dei diritti da parte degli interessati, si rimanda alla specifica informativa sopra riportata.

Dati di contatto:

dpo@intesasanpaoloassicura.com

privacy@intesasanpaolorbmsalute.com

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 305.208.000,00 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. 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.