



Modulo Fisioterapia

Appendice

alle Condizioni di Assicurazione della polizza XME Protezione

Edizione novembre 2021

Dedicato ai correntisti di Intesa Sanpaolo

Modulo Fisioterapia




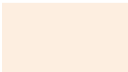
Caro Cliente,

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

Nel Modulo sono presenti:

- **SEZIONE II** (Artt. 1 – 9) – Norme relative alle coperture assicurative acquistate
- **SEZIONE III** (Artt. 10 - 12) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**

Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del **Modulo Fisioterapia** 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, limiti, franchigie e scoperti. 
- **elemento grafico di colore grigio**, identifica le clausole vessatorie che è necessario conoscere prima della sottoscrizione del contratto e che richiederanno una specifica approvazione in sede di acquisto della polizza 
- **elemento grafico di colore arancione**, identifica le clausole che indicano scadenze, 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 al momento dell'acquisto della polizza.

Grazie per l'interesse dimostrato

Indice

PREMESSA

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

Articolo 1. CHE COSA È ASSICURATO	Pag. 2 di 21
Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 3 di 21
2.1 Persone non assicurabili	Pag. 3 di 21
2.2 Esclusioni per tutte le garanzie	Pag. 3 di 21
Articolo 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE	Pag. 4 di 21
Articolo 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 4 di 21
Articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Pag. 4 di 21
Articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 4 di 21
Articolo 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO	Pag. 5 di 21
Articolo 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO	Pag. 5 di 21
Articolo 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	Pag. 5 di 21

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEL SINISTRO

	Pag. 6 di 21
Articolo 10. DENUNCIA DEL SINISTRO	
10.1 Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta	Pag. 6 di 21
10.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa	Pag. 6 di 21
10.1.2 Ricerca della Struttura	Pag. 7 di 21
10.1.3 Validità e riemissione del voucher Salute	Pag. 7 di 21
10.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni	Pag. 8 di 21
10.1.5 Casi di rifiuto del sinistro	Pag. 8 di 21
10.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale	Pag. 9 di 21
10.3 Data dell'evento	Pag. 10 di 21
10.4 Lingua della documentazione	Pag. 10 di 21
10.5 Accertamenti della Compagnia	Pag. 11 di 21
10.6 Decesso dell'Assicurato	Pag. 11 di 21
10.7 Uso di medici e strutture convenzionati	Pag. 11 di 21
10.8 Prestazioni intramoenia	Pag. 11 di 21
10.9 Prestazioni tra due annualità	Pag. 11 di 21
10.10 Imposte e oneri amministrativi	Pag. 12 di 21
Articolo 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI	Pag. 12 di 21
Articolo 12. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	Pag. 12 di 21

GLOSSARIO

Pag. 13 di 21

ALLEGATO 1 – Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Fisioterapia

Pag. 16 di 21

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

Pag. 17 di 21

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario

Pag. 20 di 21

PREMESSA

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del Modulo Fisioterapia (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, direttamente alla struttura sanitaria del Network.

Se l'Assicurato vuole utilizzare una struttura convenzionata o un medico convenzionato del Network è necessario che acceda tramite il regime di Assistenza diretta.

REGIME RIMBORSUALE

Modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale la Compagnia rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dall'Assicurato e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Modulo.

Sezione II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

NON DIMENTICHI

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

Il Modulo prevede il pagamento o il rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio, gravi eventi morbosi e gravi invalidità o malattia.

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

Condizioni specifiche, massimali 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 dai figli, anche della persona unita civilmente e del convivente *more uxorio*, 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.

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

Il Cliente può assicurare se stesso e/o uno o più componenti del suo Nucleo Familiare.

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

Network: è la rete convenzionata di Previmedical - Servizi per sanità integrativa S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri

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.

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

Con il Modulo gli Assicurati possono ricevere il pagamento o il rimborso di trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi a seguito di:

- a) infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso
- b) gravi eventi morbosi e gravi invalidità (ictus, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di parkinson)
- c) malattia (artrosi, periartrite, tendinite, sindromi algiche vertebrali, disturbi dovuti ad ernie discali, cruralgia, brachialgia)

Ad es. sciataglia

Si precisa che:

- l'infortunio deve essere documentato dal verbale del Pronto Soccorso;
- i gravi eventi morbosi, le gravi invalidità e le malattie devono essere certificati da un medico con specializzazione inerente alla patologia denunciata.

I trattamenti devono essere effettuati presso un Centro Medico autorizzato.

Il Modulo prevede 3 livelli di copertura SILVER, GOLD e PLATINUM, ciascuno caratterizzato dalle medesime garanzie e da diversi massimali e diversi livelli di indennizzo/rimborso.

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Trattamenti riabilitativi			
Massimale complessivo	€ 1.050	€ 2.000	€ 2.750
di cui in Network	€ 700	€ 1.500	€ 2.000
di cui fuori Network/SSN	€ 350	€ 500	€ 750
Condizioni	entro 60 gg dalla prima seduta	entro 90 gg dalla prima seduta	entro 120 gg dalla prima seduta
Trattamenti riabilitativi da infortunio			
in/fuori Network/SSN	max. € 35 a seduta	max. € 45 a seduta	max. € 55 a seduta
Trattamenti riabilitativi da gravi eventi morbosi o gravi invalidità			
in/fuori Network/SSN	max. € 30 a seduta	max. € 40 a seduta	max. € 50 a seduta
Trattamenti riabilitativi da malattia (extraricovero)			
in/fuori Network/SSN	max. € 15 a seduta	max. € 25 a seduta	max. € 35 a seduta

Se l'Assicurato non ha sottoscritto anche il Modulo Ricoveri e interventi i giorni per effettuare i trattamenti vanno contati dalla prima prestazione fisioterapica eseguita successivamente al giorno in cui termina il ricovero.

Se l'Assicurato ha sottoscritto anche il Modulo Ricoveri e interventi, i giorni per effettuare i trattamenti vanno contati dalla prima prestazione fisioterapica eseguita successivamente al giorno in cui termina il periodo di copertura per i trattamenti fisioterapici dopo il ricovero.

Il periodo di copertura per i trattamenti fisioterapici dopo il ricovero dipende dal livello di copertura prescelto nel Modulo Ricoveri e interventi.

Facciamo un esempio:

Se il Modulo Ricoveri e Interventi prevede la copertura delle spese post ricovero livello Silver nei 60 giorni dopo il ricovero, il presente Modulo copre le spese relative alle prestazioni effettuate successivamente ai 60 giorni di post ricovero entro i massimali previsti dal livello di copertura prescelto.

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.

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

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

Lupus eritematoso sistemico: malattia autoimmune cronica di natura infiammatoria che può colpire vari distretti anatomici del corpo umano.

connettivite mista: malattia rara del tessuto connettivo caratterizzata dalla combinazione tra i segni clinici del lupus eritematoso sistemico (LES), della sclerosi sistemica (SS), della polimiosite (PM) (si vedano questi termini) e/o dell'artrite reumatoide (AR).

sclerodermia: malattia sistemica cronica a patogenesi autoimmune, caratterizzata da fibrosi (ispessimento) della cute e degli organi interni, alterazioni dei vasi di piccolo calibro e anomalie del sistema immunitario

da sapere: si intende il trattamento successivo a quello di prima linea volto alla salvaguardia degli obiettivi raggiunti sul piano della riabilitazione fisica e funzionale.

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

ARTICOLO 2. CHE COSA NON È ASSICURATO

2.1 Persone non assicurabili

Non è possibile assicurare le persone che:

- 1) al momento della sottoscrizione della polizza o dell'Appendice contrattuale:
 - a. abbiano più di 70 anni o, se sono state già assicurate con il Modulo nei precedenti 5 anni e in tale periodo il Cliente non ha mai dato disdetta dalla polizza o dal Modulo di cui erano assicurate, abbiano più di 75 anni
 - b. siano affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
 - c. non siano residenti in Italia
 - d. siano affette da sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, se in forma iniziale)
 - e. abbiano un'invaldità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o abbiano fatto domanda per ottenerla
 - f. siano affette da disturbi neurologici del movimento o da patologie del sistema nervoso centrale (ad es: malattia del motoneurone, paresi, plegie, accessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Sclerosi multipla o distrofia muscolare
 - g. siano affette da Lupus eritematoso sistemico (LES)

Sono inoltre inassicurabili le persone che abbiano almeno sei delle seguenti condizioni:

- a. essere affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi) (ad es: artrite, ernie discali)
- b. avere subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura
- c. essere state affette da connettivite mista e/o indifferenziata
- d. essere affette da poliartrite nodosa
- e. essere affette da sclerodermia
- f. essere affette da forma iniziale di Parkinson o altre disabilità non gravi
- g. nei 2 anni precedenti essere state impossibilitate a svolgere le mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi

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

2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

Sono esclusi dalla garanzia i trattamenti fisioterapici di mantenimento.

Non sono coperte le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere, anche se con annesso Centro Medico.

La Compagnia non fornisce alcuna prestazione in caso di:

1. infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti auto lesivi
2. infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
3. 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"
4. infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
5. conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
6. conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico

da sapere

Elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9ª 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 ed 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.

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

7. conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
8. spese in conseguenza di malattie mentali e di malattie o infortuni derivanti dall'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
9. prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza
10. trattamenti di medicina alternativa o complementare
11. prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico
12. spese per prestazioni di routine o controllo
13. spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
14. conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

ARTICOLO 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE

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

ARTICOLO 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE

La copertura vale in tutto mondo. I danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro. Per le prestazioni all'estero non è garantito il regime di Assistenza diretta ma le relative spese possono essere presentate a rimborso. Le spese sostenute all'estero sono rimborsate in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della Banca Centrale Europea.

ARTICOLO 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

Il Cliente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione

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

Se la Compagnia viene a conoscenza del fatto che l'Assicurato, al momento dell'acquisto del Modulo da parte del Cliente, 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 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.

Perché è importante fornire alla Compagnia le informazioni corrette

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

ARTICOLO 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE

Le coperture cominciano alle ore 24 della data indicata nel Modulo di polizza o nell'Appendice Contrattuale, a condizione che il premio sia stato pagato 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 al massimo 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 assicurabilità.

In ogni caso, al compimento degli 80 anni dell'Assicurato, alla scadenza della successiva annualità di polizza, le coperture del Modulo non saranno più rinnovabili.

ESEMPI

1. Il Cliente sottoscrive XME Protezione il 31/01/2021. Il 10 ottobre 2022 acquista anche il Modulo Fisioterapia. In assenza di disdetta della polizza o del Modulo da parte del Cliente o della Compagnia le coperture del Modulo Fisioterapia si rinnovano tacitamente di anno in anno fino al 31/01/2027. Il Cliente potrà sottoscrivere nuovamente il Modulo Fisioterapia, ove ancora commercializzato, compilando un nuovo Questionario Sanitario.
2. Il Cliente sottoscrive XME Protezione il 31/01/2021 e acquista contestualmente il Modulo Ricoveri e interventi. Il 10 ottobre 2022 acquista anche il Modulo Fisioterapia. In assenza di disdetta della polizza o dei Moduli le coperture si rinnovano tacitamente di anno in anno, il Modulo Ricoveri e interventi fino al 31/01/2026 e il Modulo Fisioterapia fino al 31/01/2027. Il Cliente potrà sottoscrivere nuovamente il Modulo Ricoveri e Interventi ed il Modulo Fisioterapia, ove ancora commercializzati, compilando i rispettivi Questionari Sanitari.

ARTICOLO 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO

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

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

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

ARTICOLO 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

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 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Se l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate 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 modifica in corso di durata del Modulo la propria residenza, deve comunicarlo tempestivamente alla Compagnia, inviando apposita comunicazione c/o Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., via San Francesco d'Assisi, 10, 10122 Torino.

Sezione III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEL SINISTRO

ARTICOLO 10. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o in regime rimborsuale contattando la Centrale Operativa al numero 800.124.124.

L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o in regime rimborsuale anche tramite:

- App Modulo Salute messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute
- App Intesa Sanpaolo Assicurazioni messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura
- Internet Banking di Intesa Sanpaolo.

In alternativa l'Assicurato può denunciare il sinistro, limitatamente al regime rimborsuale, inviando richiesta scritta a:

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.
c/o Previmedical S.p.A.

Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV)

oppure all'indirizzo pec **comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com** o all'indirizzo e-mail **sinistrixmp@intesasanpaolorbmsalute.com**.

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.

10.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

Per attivare le prestazioni assicurative ed effettuare la denuncia di sinistro l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa ai numeri: dall'Italia: 800.124.124 dall'Estero: +39.02.30328013. La Centrale Operativa è disponibile da lunedì a venerdì dalle ore 8.30 alle 20.00. L'Assicurato deve indicare con precisione:

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

L'elenco delle strutture è consultabile sul sito **www.intesasanpaolorbmsalute.com**. Si può invece verificare l'elenco dei medici convenzionati telefonando al numero 800.124.124.

L'elenco delle strutture convenzionate aggiornato è consultabile, inoltre, sul sito internet **www.intesasanpaoloassicura.com**.

Inviando la documentazione richiesta, la Centrale Operativa emette un VoucherSalute® che deve essere presentato alla Struttura sanitaria scelta, insieme alla prescrizione medica. Non rientrano nella garanzia le richieste dirette alle strutture sanitarie.

10.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata
- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
 - **referto del Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio;** se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato dalla Compagnia. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
 - **se l'infortunio è responsabilità di un terzo:** anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.
 - **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole);
- eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter autorizzare il sinistro.

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

10.1.2 Ricerca della struttura

L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione sul sito internet **www.intesasanpaolorbmsalute.com** o sul sito internet **www.intesasanpaoloassicura.com** o telefonando alla Centrale operativa.

Se l'Assicurato ha necessità di ricevere la prestazione entro 30 giorni dal ricevimento del voucher, se disponibili, sono individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative in grado di garantire la prestazione entro 30 giorni dal rilascio del voucher.

La Compagnia indica le strutture sanitarie più vicine alla residenza dell'Assicurato e, se possibile, che garantiscono la prestazione entro 30 giorni.

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

Importante per lei:

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come i trattamenti riabilitativi) o se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute® perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

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

Facciamo un esempio

Esempio: se la scadenza del Modulo è il 30 novembre e il VoucherSalute® è stato emesso il 10 Novembre, la prestazione deve essere eseguita entro i 20 giorni successivi.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta, la Centrale Operativa:

- rilascia all'Assicurato un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dell'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)
- se richiede integrazioni alla documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa
- invia il voucher all'Assicurato per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato) e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail, che dovrà poi essere stampata e presentata alla struttura sanitaria.

10.1.3 Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 30 giorni dalla data di emissione.

Se è scaduto da massimo 7 giorni: il Cliente può chiederne la riemissione immediata entro 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza tramite la propria Area Riservata senza dover allegare di nuovo la documentazione già trasmessa.

Se è scaduto da più di 7 giorni: l'Assicurato deve chiedere l'emissione di un nuovo VoucherSalute®, allegando di nuovo tutta la documentazione necessaria.

Il VoucherSalute® è rinnovabile dal 20° giorno dalla sua emissione al massimo per altre due volte, quindi con una validità complessiva di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.



Facciamo un esempio:

Il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2021; a partire dal 20/03/2021 l'Assicurato che non lo ha ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che ha 30 giorni di validità dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non può più essere utilizzato. È consentita una ulteriore emissione del VoucherSalute®, per una validità di altri 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2021 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di riemissione, non può superare la data del 29/05/2021, per un totale 90 giorni dal 01/03/2021.

Se la riemissione è richiesta prima che siano finiti i 30 giorni di validità (e comunque dal 20° giorno di emissione del voucher), gli eventuali giorni di validità non usufruiti sono persi. Il voucher non può essere annullato dall'Assicurato. Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullarlo, deve contattare la Centrale Operativa.

10.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale Operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici danno esito positivo, emetta un nuovo VoucherSalute®.

a) La prenotazione

- ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione dalla Compagnia, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®. Eventuali disservizi che derivino da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

b) Centrale Operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

c) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (prestazioni non previste dal Modulo)
- la Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dal presente Modulo, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, ...)

10.1.5 Casi di rifiuto del sinistro

La Compagnia respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionata
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

10.2. Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale

L'Assicurato o il Cliente possono richiedere il rimborso delle spese sostenute contattando la Centrale Operativa al numero 800.124.124.

L'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese sostenute anche tramite:

- App Modulo Salute messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute
- App Intesa Sanpaolo Assicurazioni messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura
- Internet Banking di Intesa Sanpaolo.

In alternativa l'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese sostenute, inviando richiesta scritta a:

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.
c/o Previmedical S.p.A.
Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV)

oppure all'indirizzo pec **comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com** o all'indirizzo email **sinistrixmp@intesasanpaolorbmsalute.com**.

Il Cliente può richiedere il rimborso delle spese sostenute anche nell'Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura, che gestisce l'Area Clienti di XME Protezione.

Le prestazioni devono:

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

La documentazione deve essere intestata alla persona che ha ricevuto la prestazione sanitaria e riportarne i dati anagrafici. Tale persona è quella che riceve il rimborso della spesa sostenuta per la prestazione sanitaria.

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere la documentazione in originale.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **modulo di denuncia sinistro** (disponibile sul sito **www.intesasanpaolorbmsalute.com** oppure **www.intesasanpaoloassicura.com**). Le richieste di rimborso devono essere presentate al termine della cura.

Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, la Compagnia prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

1. documentazione quietanzata del pagamento delle spese (fatture, parcelle, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico, medico specialista o fisioterapista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista (indicazione **del titolo di studio**) che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la marca da bollo nei casi normativamente previsti e deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta. L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola

2. prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate. È necessaria la prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.

3. in caso di **infortunio** devono essere presentati anche:

- **referto del Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato dalla Compagnia. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
 - se l'infortunio è responsabilità di un terzo, anche il nominativo e il recapito del terzo.
- In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole).

4. eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter liquidare il sinistro

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.
c/o Previmedical S.p.A.
Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV)

a) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, il Cliente può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa dalla propria Area Clienti di Intesa Sanpaolo Assicura.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che la Compagnia considera equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici, i professionisti e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

La Compagnia respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

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

La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:

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

Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta della Compagnia, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

10.3 Data dell'evento

Quella della prima prestazione fisioterapica.

10.4 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.

10.5 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 e 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 6 mesi a partire dalla denuncia di sinistro.

10.6 Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede, gli eredi aventi diritto alla prestazione per rimborso già denunciato o ancora da denunciare devono:

- avvisare la Compagnia il prima possibile
- 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 beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Compagnia a liquidare il capitale e ai beneficiari 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 rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in questo Modulo.

10.7 Uso di medici e strutture convenzionati

Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato deve accedervi solo in Assistenza diretta.

Non è ammesso il Regime rimborsuale.

10.8 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.

10.9 Prestazioni tra due annualità

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

Non sono ammesse fatture in acconto.

**Facciamo un esempio**

Qualora la polizza abbia ricorrenza annua il 20 febbraio 2022 e l'Assicurato richieda un VoucherSalute® il 10 dicembre 2021 e, in base alla disponibilità dell'agenda della struttura sanitaria, la prestazione venisse erogata il 20 marzo 2022, sarà indennizzata a valere su massimale previsto per l'annualità di polizza 2022.

10.10 Imposte e oneri amministrativi

Sono carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura.

ARTICOLO 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI**Assistenza diretta**

Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta, la Centrale operativa:

- rilascia all'Assicurato un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dell'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)
- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria. Il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa

Regime rimborsuale

La Compagnia si impegna a pagare l'indennizzo eventualmente dovuto all'Assicurato entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

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

ARTICOLO 12. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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

Riferimento normativo: art. 1910 del Codice Civile

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

GLOSSARIO

ANNUALITA' DI POLIZZA

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

APPENDICE CONTRATTUALE

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

ASSICURATO

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

ASSICURAZIONE

Contratto con il quale Intesa Sanpaolo RBM Salute copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nel Modulo.

ASSISTENZA DIRETTA

Modalità di erogazione delle prestazioni con cui la Compagnia paga le prestazioni sanitarie in copertura, prenotate tramite la Centrale Operativa, direttamente alla struttura sanitaria del Network.

CENTRO MEDICO

Struttura, anche non adibita al ricovero,

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

COMPAGNIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. con sede legale in Italia, a Venezia-Mestre, in via Lazzari, 5

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

Data della prima prestazione fisioterapica.

EVENTO

- Infortunio: la prestazione fisioterapica effettuata in relazione all'infortunio certificato.
 - Grave evento morboso e grave invalidità: la prestazione fisioterapica effettuata in relazione al grave evento morboso o alla grave invalidità certificata.
 - Malattia: la prestazione effettuata in relazione ad una o più delle malattie indicate (artrosi, periartrite, tendinite, sindromi algiche vertebrali, disturbi dovuti ad ernie discali, cruralgia, brachialgia).
-

INDENNIZZO

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

INFORTUNIO

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

INTRAMOENIA

Prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale
- per scelta del paziente.

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

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital, pubblici o privati, autorizzati a dare assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura

- gli stabilimenti termali
- le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative
- le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni in strutture sanitarie
- Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza (IPAB).

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute che non dipende 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'OMS Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it)).

MASSIMALE

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

MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE

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

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 Previmedical - Servizi per sanità integrativa costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

NUCLEO FAMILIARE

Coniuge o persona unita civilmente o convivente more uxorio e figli, anche della persona unita civilmente e del convivente more uxorio, compresi i figli adottivi o in affidato.

E' 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 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.

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.

REGIME RIMBORSUALE

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

RIMBORSO

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

RISCHIO

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

SINISTRO

Vedi "EVENTO".

SPORT PROFESSIONISTICO/GARE PROFESSIONISTICHE

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

S.S.N. (SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE)

Servizio sanitario erogato dallo Stato Italiano.

SUB-MASSIMALE

Importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza

Devono essere effettuati solo in Centri medici, da:

- medico specialista
- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995(fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
 - eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici).
-

ALLEGATO 1- Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Fisioterapia

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Trattamenti riabilitativi			
Massimale complessivo	€ 1.050	€ 2.000	€ 2.750
sottolimito in Network	€ 700	€ 1.500	€ 2.000
sottolimito fuori Network /S.S.N	€ 350	€ 500	€ 750
	entro 60 gg dalla prima seduta	entro 90 gg dalla prima seduta	entro 120 gg dalla prima seduta
Trattamenti riabilitativi da infortunio			
in/fuori Network (INN/OON)/S.S.N.	max. € 35 a seduta	max. € 45 a seduta	max. € 55 a seduta
Trattamenti riabilitativi da gravi eventi morbosi e gravi invalidità			
in/fuori Network /S.S.N.	da elenco max. € 30 a seduta	da elenco max. € 40 a seduta	da elenco max. € 50 a seduta
Trattamenti riabilitativi da malattia (extraricovero)			
in/fuori Network /S.S.N.	da elenco max. € 15 a seduta	da elenco max. € 25 a seduta	da elenco max. € 35 a seduta

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

**FISIOTERAPIA
SILVER**

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-	41	1,004	1,002	1,003	1,001
1	1,792	1,885	1,880	1,852	42	1,003	1,002	1,003	1,001
2	1,558	1,531	1,532	1,560	43	1,004	1,002	1,003	1,001
3	1,940	1,960	1,944	1,949	44	1,003	1,002	1,003	1,002
4	1,654	1,646	1,643	1,645	45	1,004	1,002	1,003	1,001
5	1,488	1,488	1,496	1,488	46	1,004	1,002	1,003	1,001
6	1,397	1,397	1,395	1,398	47	1,004	1,002	1,003	1,002
7	1,333	1,332	1,333	1,333	48	1,004	1,002	1,003	1,002
8	1,287	1,288	1,288	1,289	49	1,004	1,003	1,004	1,001
9	1,253	1,253	1,252	1,252	50	1,004	1,002	1,004	1,002
10	1,476	1,476	1,476	1,477	51	1,004	1,003	1,004	1,002
11	1,007	1,003	1,005	1,001	52	1,004	1,002	1,004	1,002
12	1,007	1,003	1,006	1,001	53	1,004	1,003	1,004	1,002
13	1,008	1,003	1,006	1,001	54	1,005	1,003	1,004	1,002
14	1,008	1,004	1,006	1,002	55	1,003	1,008	1,006	1,011
15	1,009	1,004	1,008	1,001	56	1,003	1,008	1,006	1,011
16	1,009	1,004	1,008	1,001	57	1,004	1,008	1,006	1,010
17	1,010	1,004	1,008	1,002	58	1,003	1,009	1,006	1,011
18	1,010	1,004	1,009	1,002	59	1,004	1,008	1,006	1,011
19	1,011	1,005	1,009	1,002	60	1,004	1,009	1,006	1,011
20	1,011	1,005	1,010	1,002	61	1,004	1,008	1,006	1,011
21	1,014	1,013	1,011	1,013	62	1,004	1,009	1,006	1,011
22	1,015	1,013	1,012	1,014	63	1,004	1,009	1,006	1,011
23	1,014	1,013	1,013	1,014	64	1,004	1,009	1,006	1,011
24	1,015	1,014	1,012	1,015	65	1,004	1,009	1,007	1,012
25	1,016	1,014	1,013	1,015	66	1,004	1,009	1,006	1,011
26	1,016	1,015	1,014	1,016	67	1,004	1,009	1,007	1,011
27	1,017	1,015	1,014	1,016	68	1,004	1,009	1,007	1,012
28	1,017	1,016	1,014	1,016	69	1,004	1,009	1,007	1,012
29	1,018	1,016	1,015	1,016	70	1,004	1,009	1,006	1,011
30	1,018	1,016	1,015	1,017	71	1,004	1,009	1,007	1,012
31	1,018	1,017	1,015	1,017	72	1,004	1,009	1,007	1,012
32	1,018	1,017	1,015	1,018	73	1,024	1,021	1,023	1,019
33	1,019	1,018	1,016	1,018	74	1,024	1,020	1,023	1,020
34	1,019	1,017	1,016	1,018	75	1,023	1,020	1,023	1,019
35	1,003	1,002	1,003	1,001	76	1,023	1,020	1,022	1,019
36	1,003	1,002	1,003	1,001	77	1,023	1,020	1,022	1,019
37	1,003	1,002	1,002	1,001	78	1,022	1,019	1,022	1,019
38	1,004	1,002	1,003	1,001	79	1,022	1,020	1,022	1,019
39	1,003	1,002	1,003	1,001	80	1,022	1,019	1,022	1,019
40	1,004	1,002	1,003	1,001					

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

GOLD

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-	41	1,005	1,002	1,002	1,001
1	1,857	1,846	1,838	1,850	42	1,005	1,002	1,002	1,001
2	1,538	1,542	1,544	1,541	43	1,005	1,002	1,002	1,001
3	1,950	1,946	1,952	1,956	44	1,005	1,003	1,002	1,001
4	1,651	1,648	1,644	1,650	45	1,005	1,002	1,002	1,001
5	1,488	1,492	1,490	1,489	46	1,005	1,003	1,002	1,001
6	1,399	1,397	1,396	1,396	47	1,005	1,003	1,003	1,001
7	1,333	1,333	1,334	1,333	48	1,006	1,003	1,002	1,001
8	1,287	1,287	1,287	1,288	49	1,005	1,003	1,003	1,001
9	1,253	1,253	1,254	1,253	50	1,006	1,003	1,003	1,001
10	1,476	1,476	1,475	1,476	51	1,006	1,003	1,003	1,001
11	1,006	1,003	1,005	1,003	52	1,006	1,003	1,003	1,001
12	1,006	1,004	1,005	1,004	53	1,006	1,003	1,003	1,001
13	1,007	1,004	1,006	1,004	54	1,006	1,003	1,003	1,001
14	1,007	1,004	1,006	1,004	55	1,004	1,009	1,006	1,010
15	1,007	1,005	1,007	1,005	56	1,004	1,009	1,006	1,010
16	1,008	1,005	1,007	1,005	57	1,004	1,009	1,006	1,010
17	1,009	1,005	1,008	1,005	58	1,004	1,009	1,006	1,010
18	1,009	1,005	1,008	1,006	59	1,004	1,009	1,006	1,010
19	1,009	1,006	1,009	1,006	60	1,004	1,009	1,006	1,010
20	1,010	1,006	1,009	1,006	61	1,004	1,009	1,006	1,010
21	1,008	1,008	1,010	1,009	62	1,004	1,009	1,006	1,010
22	1,009	1,008	1,010	1,009	63	1,004	1,009	1,006	1,011
23	1,009	1,009	1,010	1,010	64	1,004	1,010	1,006	1,011
24	1,009	1,009	1,011	1,010	65	1,004	1,009	1,006	1,010
25	1,010	1,009	1,011	1,010	66	1,005	1,009	1,006	1,011
26	1,010	1,010	1,012	1,010	67	1,004	1,009	1,007	1,011
27	1,010	1,010	1,012	1,011	68	1,005	1,010	1,006	1,011
28	1,011	1,010	1,012	1,011	69	1,005	1,010	1,007	1,011
29	1,011	1,011	1,013	1,012	70	1,004	1,009	1,007	1,011
30	1,012	1,011	1,013	1,012	71	1,004	1,010	1,006	1,011
31	1,011	1,011	1,013	1,012	72	1,004	1,009	1,007	1,011
32	1,012	1,012	1,013	1,013	73	1,009	1,010	1,014	1,015
33	1,012	1,012	1,014	1,013	74	1,009	1,010	1,014	1,016
34	1,012	1,012	1,014	1,013	75	1,009	1,009	1,014	1,015
35	1,004	1,002	1,002	1,001	76	1,009	1,009	1,013	1,015
36	1,004	1,002	1,002	1,001	77	1,009	1,010	1,013	1,015
37	1,004	1,002	1,002	1,001	78	1,009	1,010	1,014	1,015
38	1,004	1,002	1,002	1,001	79	1,009	1,010	1,013	1,015
39	1,004	1,002	1,002	1,001	80	1,009	1,010	1,013	1,015
40	1,004	1,002	1,002	1,001					

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

PLATINUM

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-	41	1,003	1,001	1,002	1,011
1	1,857	1,844	1,850	1,833	42	1,003	1,001	1,003	1,011
2	1,538	1,551	1,541	1,537	43	1,003	1,001	1,003	1,011
3	1,956	1,945	1,953	1,957	44	1,003	1,001	1,003	1,011
4	1,645	1,649	1,647	1,646	45	1,003	1,001	1,003	1,011
5	1,491	1,491	1,489	1,491	46	1,003	1,001	1,003	1,011
6	1,396	1,397	1,397	1,396	47	1,003	1,001	1,003	1,011
7	1,333	1,333	1,334	1,333	48	1,004	1,001	1,003	1,011
8	1,288	1,287	1,287	1,287	49	1,003	1,001	1,003	1,011
9	1,253	1,253	1,253	1,253	50	1,004	1,001	1,003	1,011
10	1,476	1,476	1,476	1,476	51	1,004	1,001	1,003	1,011
11	1,008	1,006	1,010	1,006	52	1,004	1,001	1,003	1,011
12	1,009	1,007	1,011	1,007	53	1,004	1,001	1,003	1,011
13	1,009	1,008	1,012	1,007	54	1,004	1,001	1,003	1,011
14	1,010	1,008	1,013	1,008	55	1,003	1,010	1,005	1,011
15	1,011	1,009	1,014	1,008	56	1,003	1,010	1,005	1,012
16	1,011	1,009	1,015	1,009	57	1,003	1,010	1,005	1,011
17	1,012	1,010	1,015	1,009	58	1,003	1,010	1,005	1,012
18	1,013	1,010	1,016	1,010	59	1,003	1,010	1,005	1,012
19	1,013	1,011	1,017	1,010	60	1,003	1,010	1,005	1,012
20	1,014	1,011	1,017	1,011	61	1,003	1,011	1,005	1,012
21	1,007	1,005	1,003	1,005	62	1,003	1,011	1,005	1,012
22	1,008	1,005	1,004	1,005	63	1,003	1,010	1,005	1,012
23	1,008	1,005	1,004	1,005	64	1,003	1,011	1,005	1,012
24	1,008	1,006	1,004	1,005	65	1,003	1,011	1,005	1,012
25	1,008	1,006	1,004	1,005	66	1,003	1,011	1,005	1,012
26	1,009	1,006	1,004	1,005	67	1,003	1,011	1,005	1,012
27	1,009	1,006	1,004	1,006	68	1,003	1,011	1,005	1,012
28	1,009	1,007	1,004	1,006	69	1,003	1,011	1,005	1,012
29	1,010	1,007	1,005	1,006	70	1,003	1,011	1,005	1,012
30	1,010	1,007	1,005	1,006	71	1,004	1,011	1,006	1,012
31	1,010	1,007	1,005	1,007	72	1,003	1,011	1,005	1,012
32	1,011	1,008	1,005	1,007	73	1,007	1,002	1,008	1,003
33	1,011	1,007	1,005	1,007	74	1,007	1,002	1,008	1,003
34	1,011	1,008	1,005	1,007	75	1,007	1,002	1,008	1,003
35	1,003	1,001	1,002	1,001	76	1,007	1,002	1,008	1,003
36	1,003	1,001	1,002	1,001	77	1,007	1,002	1,008	1,003
37	1,003	1,001	1,002	1,001	78	1,007	1,002	1,008	1,003
38	1,003	1,001	1,002	1,001	79	1,007	1,002	1,008	1,003
39	1,003	1,001	1,002	1,001	80	1,007	1,002	1,008	1,003
40	1,003	1,001	1,002	1,001					

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 Fisioterapia 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	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
2.1	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
2.1.1	Soffri di una forma iniziale di morbo di Parkinson o di altra disabilità non grave?	Si - No
3	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
3.1	Ti è stata riconosciuta un'invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o hai fatto domanda per ottenerla?	Si - No
3.1.1	Negli ultimi 2 anni sei stato impossibilitato a svolgere le tue mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi?	Si - No
4	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi), di disturbi neurologici del movimento o di patologie del sistema nervoso centrale e/o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
4.1	Attualmente soffri di disturbi neurologici del movimento e/o di patologie del sistema nervoso centrale (ad es: malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, SLA, Sclerosi multipla) e/o di distrofia muscolare?	Si - No
4.2	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare e/o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
4.2.1	Attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi) (ad es: artrite, ernie discali)?	Si - No
4.2.2	Hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

N	Domande	Risposta
5	Attualmente soffri di una malattia reumatica, (ad es. connettivite mista e/o indifferenziata, lupus eritematoso sistemico (LES), poliartrite nodosa e/o sclerodermia)?	Si - No
5.1	Attualmente soffri di lupus eritematoso sistemico (LES)?	Si - No
5.1.1	Attualmente soffri di connettivite mista e/o indifferenziata, poliartrite nodosa e/o sclerodermia? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- No - Connettivite mista e/o indifferenziata - Poliartrite nodosa - Sclerodermia

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasnpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 160.000.000 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT1 1991500015) 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.