



Modulo Visite, Prevenzione e Farmaci

Appendice alle Condizioni di Assicurazione della polizza XME Protezione

Edizione Gennaio 2021

Dedicato ai correntisti di Intesa Sanpaolo

Modulo Visite, Prevenzione e Farmaci





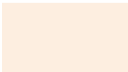
Caro Cliente,

il Modulo Visite, Prevenzione e Farmaci 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 – 9) – Norme relative alle coperture assicurative acquistate
- **SEZIONE III** (Art. 10 - 12) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**

Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del **Modulo Visite, Prevenzione e Farmaci** 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 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	Pag. 2 di 41
1.1 Visite specialistiche e assistenza infermieristica domiciliare	Pag. 2 di 41
1.2 Pacchetti di prevenzione	Pag. 3 di 41
1.2.1 Prevenzione cardiovascolare	Pag. 3 di 41
1.2.2 Prevenzione oncologica	Pag. 3 di 41
1.2.3 Prevenzione della sindrome metabolica	Pag. 3 di 41
1.2.4 Prevenzione pediatrica	Pag. 3 di 41
1.2.5 Prevenzione delle vie respiratorie	Pag. 3 di 41
1.2.6 Prevenzione dermatologica	Pag. 4 di 41
1.2.7 Prevenzione otorinolaringoiatrica	Pag. 4 di 41
1.3 Prevenzione otorinolaringoiatrica	Pag. 4 di 41
Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 4 di 41
2.1 Persone non assicurabili	Pag. 4 di 41
2.2 Esclusioni per tutte le garanzie	Pag. 5 di 41
2.3 Esclusioni in caso di Farmaci	Pag. 6 di 41
Articolo 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE	Pag. 6 di 41
Articolo 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 6 di 41
Articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Pag. 7 di 41
Articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 7 di 41
6.1 Carenze	Pag. 7 di 41
Articolo 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO	Pag. 8 di 41
Articolo 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO	Pag. 8 di 41
Articolo 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	Pag. 8 di 41

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Articolo 10. DENUNCIA DEL SINISTRO	Pag. 8 di 41
10.1 Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta o mista	Pag. 8 di 41
10.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale operativa	Pag. 9 di 41
10.1.2 Ricerca della Struttura	Pag. 9 di 41
10.1.3 Validità e riemissione del voucher Salute	Pag. 10 di 41
10.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni	Pag. 10 di 41
10.1.5 Casi di rifiuto del sinistro	Pag. 11 di 41
10.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale	Pag. 11 di 41
10.3 Data dell'evento	Pag. 13 di 41
10.4 Lingua della documentazione	Pag. 13 di 41
10.5 Accertamenti della Compagnia	Pag. 13 di 41
10.6 Decesso dell'Assicurato	Pag. 13 di 41
10.7 Uso di medici e strutture convenzionati	Pag. 14 di 41
10.8 Prestazioni intramoenia	Pag. 14 di 41
10.9 Prestazioni tra due annualità	Pag. 14 di 41
10.10 Imposte e oneri amministrativi	Pag. 14 di 41
Articolo 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI	Pag. 14 di 41
Articolo 12. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	Pag. 15 di 41

GLOSSARIO

Pag. 16 di 41

ALLEGATO 1 - Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Visite, Prevenzione e Farmaci

Pag. 19 di 41

ALLEGATO 2 - Tabella dei coefficienti

Pag. 19 di 41

ALLEGATO 3 - Fac-simile Questionario Sanitario

Pag. 39 di 41

PREMESSA

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del Modulo Visite, Prevenzione e Farmaci (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 all'acquisto del Modulo Ricoveri e Interventi e 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.

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:

- visite specialistiche e assistenza infermieristica domiciliare, rese necessarie da malattia o infortunio
- prestazioni a scopo di prevenzione
- farmaci di fascia A (Farmaci a carico dal Servizio Sanitario Nazionale)

in base alla scelta fatta dal Cliente tra i 4 livelli di copertura del Modulo: Base, Silver, Gold e Platinum.

Condizioni specifiche, massimali, limiti, franchigie, scoperti ed esclusioni dei livelli di copertura sono riassunti nella Tabella riepilogativa dei livelli di copertura dell'art. 1 e nella Tabella riepilogativa delle franchigie e degli scoperti dell'art. 3 e nelle disposizioni relative a ciascuna garanzia.

Il Modulo è acquistabile solo se è già stato acquistato il Modulo Ricoveri e Interventi.

Si ricorda che per questo Modulo:

- il nucleo familiare è rappresentato dal coniuge o dalla persona unita civilmente o convivente more uxorio e dai figli, anche dell'unito 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'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

Sezione II

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

Da sapere: Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista, il Dietista, il Podologo).

ad esempio tutti gli antipertensivi, gli antidiabetici, gli antibiotici per via sistemica

ad esempio acido chenoursodesossicolico, acido tauroursodesossicolico, acido ursodesossicolico nota 02, levocarnitina nota 08 duloxetina, gabapentin, pregabalin nota 04. È possibile consultare la lista nelle note dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) sul sito www.aifa.gov.it

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:

- visite specialistiche e assistenza infermieristica domiciliare, rese necessarie da malattia o infortunio
- prestazioni a scopo di prevenzione (d'ora in poi Pacchetti di prevenzione)
- farmaci di Fascia A (a carico dal Servizio Sanitario Nazionale) suddivisi in:
 - o **Fascia A senza note**, riconosciuti a tutti i cittadini con prescrizione del medico di medicina generale o dello specialista convenzionato
 - o **Fascia A con note**, riconosciuti tutti i cittadini ma solo per specifiche patologie e acquistabili in farmacia presentando la ricetta del medico di medicina generale o dello specialista convenzionato.

Il Modulo prevede 4 livelli di copertura: Base, Silver, Gold e Platinum. Ogni livello di copertura è caratterizzato da diversi massimali e diversi livelli di indennizzo o rimborso

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Visite specialistiche e assistenza infermieristica domiciliare Massimale	€ 1.000	€ 1.500	€ 2.500	€ 3.500
Prevenzione Massimale	1 pacchetto a scelta	2 pacchetti a scelta	3 pacchetti a scelta	4 pacchetti a scelta
Farmaci di fascia A Massimale	€ 250	€ 250	€ 350	€ 500

Le coperture sono attive solo per le prestazioni erogate prima dei giorni di pre-ricovero o dopo i giorni di post ricovero, in base al livello di copertura scelto nel Modulo Ricoveri e Interventi.

Facciamo un esempio:

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

Si precisa che:

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

Il Cliente può richiedere la variazione dei livelli di copertura inizialmente scelti.

La variazione deve essere concordata con la Compagnia in base ai livelli di copertura vigenti al momento della richiesta.

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

1.1 Visite specialistiche e assistenza infermieristica

La Compagnia paga o rimborsa le spese sostenute per:

- visite specialistiche, a seguito di malattia o infortunio.
Sono comprese una visita psicologica/psichiatrica e una visita pediatrica.
Si precisa, con riferimento alle visite oculistiche, che i difetti visivi come ad esempio la miopia non sono considerati malattia e pertanto tali visite non sono in copertura.
- assistenza infermieristica domiciliare

1.2 Pacchetti di prevenzione

La Compagnia paga uno o più dei seguenti pacchetti di prevenzione che possono essere effettuati solo in Assistenza diretta.

1.2.1 Prevenzione cardiovascolare

- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi
- Colesterolo totale e HDL
- Creatininemia
- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Trigliceridi
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Misurazione della pressione arteriosa

1.2.2 Prevenzione oncologica

Per donne che hanno già compiuto 30 anni

- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico)
- CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)
- Mammografia
- Ecografia mammaria

Per uomini che hanno già compiuto 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina.

1.2.3 Prevenzione della sindrome metabolica

È prevista la compilazione di un questionario accedendo all'Area riservata tramite Internet Banking.

Si possono inserire i dati una sola volta e devono essere corretti, per non vanificare lo scopo della prevenzione.

Nel caso in cui:

- a) non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assicurato ne ha immediato riscontro dal risultato del Questionario e non vengono date consigli né indicazioni per accertamenti successivi
- b) l'Assicurato risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", vengono fornite alcune indicazioni per assumere comportamenti e stili di vita più corretti (attività fisica, alimentazione, ecc.)
- c) si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", vengono fornite alcune indicazioni per assumere comportamenti e stili di vita più corretti (attività fisica, alimentazione ecc.) e si invita l'Assicurato a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con la prescrizione di accertamenti idonei al trattamento del caso.

Nel caso c) l'Assicurato può richiedere tramite la Centrale operativa, attivando la procedura in Assistenza diretta, le analisi per:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi.

1.2.4 Prevenzione pediatrica

Visita specialistica pediatrica di controllo alle seguenti condizioni:

- 1 visita tra i 6 e i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni.

1.2.5 Prevenzione delle vie respiratorie

- Visita pneumologica
- Spirometria
- In alternativa alla spirometria, 3 sedute di fisioterapia toracica per riabilitazione respiratoria in presenza di polmonite interstiziale conseguente ad infezione da Covid-19. È necessario presentare certificazione medica attestante la patologia.

Sindrome metabolica: detta anche sindrome da insulino resistenza è una combinazione pericolosa di alcuni fattori di rischio cardiovascolare che possono dare origine ad una situazione che pone ad alto rischio di infarto

Da sapere: la condizione è che il/la figlio/a sia stato indicato in polizza tra i soggetti assicurati

Da sapere: la visita deve essere effettuata nel 12 mesi successivi al compimento del 4° o 6° anno

L'epiluminescenza è un esame non invasivo utilizzato per il controllo periodico dei nei e la prevenzione del melanoma.

da sapere:

Farmaci generici/equivalenti:

contengono la stessa quantità di principio attivo e presentano la stessa biodisponibilità di un altro di marca con brevetto scaduto. Devono avere lo stesso principio attivo, la stessa forma farmaceutica e via di somministrazione, lo stesso dosaggio unitario del farmaco di riferimento, essere bioequivalenti al farmaco di riferimento e avere un costo inferiore di almeno il 20%.

Farmaci di marca/di riferimento/sotto licenza: farmaco non generico con brevetto scaduto o meno

Farmaci da banco: farmaco da automedicazione venduto direttamente

1.2.6 Prevenzione dermatologica

Visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia

1.2.7 Prevenzione otorinolaringoiatrica

Visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

1.3 Farmaci di classe A

La Compagnia rimborsa le spese per l'acquisto di farmaci di classe A (con e senza note). I farmaci di classe A possono essere generici/equivalenti o di marca e non comprendono i farmaci da banco.

Facciamo un esempio

- Un farmaco generico: acido clavulinico+amoxicillina
- Un farmaco di marca/di riferimento/sotto licenza: Augmentin



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 alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
- c) non siano residenti in Italia
- d) versano in entrambe le seguenti situazioni: effettuano regolarmente più di due check-up all'anno e utilizzano con regolarità farmaci non erogati dal Servizio Sanitario Nazionale
- e) stiano seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) e/o per malattie del pancreas (escluso diabete), che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) e/o persone che stanno seguendo cure (ad es. farmaci, chemioterapia, radioterapia) per neoplasie maligne
- 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 lieve)
- g) abbiano invalidità totale e 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 (ad esempio: malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, SLA, Sclerosi multipla, altro) o distrofia muscolare
- i) siano affette da Lupus eritematoso sistemico (LES)
- j) si siano sottoposte a terapie oncologiche e/o immunitarie nell'ultimo anno solare
- k) negli ultimi 2 anni abbiano effettuato più di 5 visite specialistiche (comprese visite di controllo)

2) nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell'Appendice contrattuale:

- a) siano state affette da una malattia del fegato diversa da 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
- b) siano state affette da una malattia dell'apparato digerente diversa da stipsi e/o gastrite e/o da una malattia del sangue e/o da una paralisi e/o da una forma di cecità che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi, siano stati in coma.

Sono inoltre non assicurabili le persone che abbiano almeno contestualmente sei delle seguenti condizioni:

- a) stiano attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)

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

Da sapere:

La connettivite mista è caratterizzata dalla combinazione di diverse malattie autoimmuni, quali LES, sclerodermia, polimiosite e artrite reumatoide.

Da sapere:

La poliarterite nodosa è una vasculite necrotizzante sistemica che colpisce tipicamente arterie muscolari di medio calibro e talvolta anche piccole arterie muscolari, con conseguente ischemia tissutale secondaria.

Da sapere: la sclerodermia è una malattia cronica di tipo autoimmune: il sistema immunitario del malato attacca i suoi stessi tessuti.

Da sapere:

Iperlipidemia indica un generico aumento dei livelli di uno o più grassi (o lipidi) nel sangue come ad esempio il colesterolo e i trigliceridi.

- b) stiano attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del fegato che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- c) stiano attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del/i polmone/i che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- d) stiano attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema urologico che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- e) stiano attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema endocrino (compreso diabete mellito) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- f) siano state affette da forma lieve di Parkinson o altre disabilità non gravi
- g) siano state affette da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare(ad esempio: artrite, ernie discali, altro), ad esclusione di artrosi
- h) abbiano subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura
- i) siano state affette da connettivite mista
- j) siano state affette da poliarterite nodosa
- k) siano state affette da sclerodermia
- l) essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia
- m) siano state affette negli ultimi 5 anni da una malattia dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) diversa da cefalea e/o emicrania
- n) siano state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del pancreas (diversa da diabete)
- o) siano state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite
- p) siano state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema urologico diversa da ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali
- q) siano state affette negli ultimi 5 anni da una malattia dell'apparato uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- r) siano state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- s) siano state affette negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- t) negli ultimi 2 anni siano state impossibilitate a svolgere le mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi

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

2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

La Compagnia non fornisce alcuna prestazione in caso 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 ad 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 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

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

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 traumi 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.

5. conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
6. conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
7. conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
8. malattie mentali o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
9. interruzione volontaria della gravidanza
10. prestazioni e cure dentarie, parodontarie, ortodontiche, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici
11. prestazioni e cure per eliminare o correggere difetti fisici
12. prestazioni e cure per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza
13. trattamenti di medicina alternativa o complementare
14. prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche finalizzate o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari
15. prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica
16. prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico
17. spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini
18. spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
19. conseguenze dirette o indirette di Pandemie
20. cicli di visite e cure psicologiche/psichiatriche (ad eccezione della prima).

2.3 Esclusioni in caso di Farmaci di classe A

Sono esclusi: medicinali omeopatici, galenici, parafarmaci.

ARTICOLO 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE

Le franchigie e gli scoperti previsti per le prestazioni del Modulo sono diverse a seconda del livello di copertura scelto.

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

ARTICOLO 4. DOVE VALGONO 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.

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

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 ad 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

Ferme le carenze di cui al successivo Art. 6.1, le coperture cominciano alle ore 24 della data di decorrenza del modulo di polizza o dell'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.

Non è più possibile rinnovare tacitamente il Modulo quando non è più possibile rinnovare tacitamente il Modulo Ricoveri e Interventi.

Se il Modulo è ancora acquistabile, sarà possibile rinnovare le coperture del Modulo alle condizioni vigenti a tale data, a condizione che vengano rinnovate anche le coperture del Modulo Ricoveri e Interventi e che sia 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.

6.1 Carenze

Le prestazioni sono operanti a partire dalle ore 24:

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

Cos'è la carenza

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

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

Sezione III

ARTICOLO 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO

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

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

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

ARTICOLO 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

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 alla Compagnia, inviando apposita comunicazione c/o Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. via San Francesco d'Assisi, 10, 10122 Torino.

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE**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 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene il quesito diagnostico o la diagnosi per la quale è richiesta la prestazione specificata:

- è necessaria la prescrizione del medico di base o di un medico specialista, diverso dal medico che effettua la prestazione
- per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.

- **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'evento dannoso 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.**

Non è richiesta la prescrizione medica per le prestazioni di prevenzione previste dall'art. 1.2.

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:

Se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, si ricordi 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.

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)

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 Voucher Salute®, 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 (scoperti, franchigie, 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, referti, ...).

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 e-mail **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, infermiere)
- 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 o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi

La documentazione deve essere intestata alla persona che ha ricevuto la prestazione 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** (www.intesasanpaolorbmsalute.com oppure www.intesasanpaoloassicura.com). 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 o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista 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 di un medico specialista, diverso dal medico che effettua la prestazione.
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'evento dannoso 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. per il **rimborso dei medicinali**:
 - copia della ricetta e fattura (o scontrino nominativo parlante) intestata all'Assicurato con specifica dei prodotti acquistati o, in alternativa
 - copia della ricetta con il costo dei singoli prodotti e con il timbro della farmacia, insieme allo scontrino fiscale per il totale.
5. **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)

b) 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 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
- massima esaurita
- 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

La data dell'evento:

- è quella della prima visita e prestazione di assistenza infermieristica domiciliare fornita per lo specifico evento
- è quella del primo acquisto di farmaci per lo specifico evento

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
 - 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.

Riferimenti normativi: come previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Intramoenia si riferisce alle 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. Il medico è tenuto al rilascio di regolare fattura.

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 e 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 S.p.A. 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 (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

- Data evento: quella della prima visita e prestazione di assistenza infermieristica domiciliare fornita per lo specifico evento
 - Data evento: quella del primo acquisto di farmaci per lo specifico evento
-

DIFETTO FISICO-MALFORMAZIONE

Alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

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

EVENTO

- Visite specialistiche e assistenza infermieristica domiciliare: la singola visita e prestazione di assistenza infermieristica domiciliare. L'evento è unico se le prestazioni riguardano la stessa patologia e la richiesta di indennizzo è inviata contemporaneamente.
 - Farmaci: l'acquisto del medicinale. L'evento è unico se l'acquisto riguarda farmaci per la stessa patologia e la richiesta di indennizzo è inviata contemporaneamente.
-

FRANCHIGIA

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

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. La gravidanza non è considerata malattia.

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).

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.

NUCLEO FAMILIARE

Coniuge o persona unita civilmente o convivente more uxorio e figli, anche della persona unita civilmente e del convivente more uxorio anche se non conviventi, compresi i figli adottivi o in affido.

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.

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.

SCOPERTO

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

SINDROME INFLUENZALE DI NATURA PANDEMICA

Sindrome influenzale, causata da patogeno nuovo verso il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e interessa intere collettività in molte aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata e che riguarda un patogeno infettivo che causa malattie respiratorie di gravità variabile

SINISTRO

Vedi EVENTO

SPORT PROFESSIONISTICO/GARE PROFESSIONISTICHE

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

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.)

Servizio Sanitario erogato dallo Stato Italiano.

VISITA SPECIALISTICA

Prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

ALLEGATO 1- Tabella riepilogativa dei limiti, franchigie e scoperti Modulo Visite, Prevenzione e Farmaci

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Visite specialistiche				
Massimale	€ 1.000	€ 1.500	€ 2.500	€ 3.500
in Network	franchigia € 55 a visita	franchigia € 35 a visita	franchigia € 25 a visita	franchigia € 15 a visita
fuori Network	scop. 20% min. € 55 a visita	scop. 20% min. € 35 a visita	scop. 20% min. € 25 a visita	scop. 20% min. € 15 a visita
ticket	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 15 a prestazione max. 15 gg.	€ 25 a prestazione max. 15 gg.	€ 35 a prestazione max. 15 gg.	nessuno scoperto/ franchigia
Prevenzione				
Massimale	1 pacchetto a scelta	2 pacchetti a scelta	3 pacchetti a scelta	4 pacchetti a scelta
in Network	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
Farmaci di Classe A				
Massimale	€ 250	€ 250	€ 350	€ 500
fuori Network	franchigia € 55 ogni 4 farmaci	franchigia € 35 ogni 4 farmaci	franchigia € 25 ogni 4 farmaci	franchigia € 15 ogni 4 farmaci

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

VISITE

BASE - VISITE E PREVENZIONE

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,600	1,600	1,600	1,600
2	1,594	1,594	1,625	1,625
3	1,863	1,863	1,865	1,865
4	1,589	1,589	1,588	1,588
5	1,457	1,457	1,455	1,452
6	1,368	1,373	1,375	1,369
7	1,316	1,315	1,312	1,318
8	1,275	1,275	1,275	1,273
9	1,242	1,241	1,243	1,242
10	1,458	1,457	1,458	1,456
11	1,009	1,011	1,010	1,012
12	1,010	1,012	1,011	1,013
13	1,011	1,012	1,012	1,013

14	1,012	1,013	1,012	1,013
15	1,012	1,014	1,012	1,015
16	1,013	1,015	1,014	1,015
17	1,013	1,015	1,014	1,017
18	1,014	1,016	1,015	1,017
19	1,014	1,017	1,016	1,018
20	1,008	1,010	1,011	1,016
21	1,026	1,026	1,027	1,028
22	1,027	1,026	1,028	1,027
23	1,027	1,026	1,029	1,029
24	1,028	1,027	1,030	1,028
25	1,028	1,028	1,030	1,030
26	1,029	1,028	1,030	1,030
27	1,029	1,029	1,030	1,030
28	1,029	1,029	1,031	1,031
29	1,030	1,029	1,032	1,030
30	1,030	1,029	1,031	1,031
31	1,030	1,030	1,032	1,031
32	1,030	1,030	1,032	1,032
33	1,031	1,029	1,032	1,031
34	1,030	1,031	1,025	1,031
35	1,005	1,011	1,010	1,004
36	1,004	1,012	1,010	1,005
37	1,005	1,012	1,010	1,005
38	1,005	1,012	1,010	1,005
39	1,005	1,012	1,011	1,005
40	1,004	1,012	1,011	1,005
41	1,004	1,013	1,011	1,005
42	1,005	1,013	1,011	1,005
43	1,005	1,013	1,012	1,006
44	1,006	1,013	1,011	1,005
45	1,006	1,014	1,012	1,006
46	1,005	1,014	1,012	1,006
47	1,005	1,013	1,012	1,006
48	1,006	1,014	1,012	1,006

49	1,006	1,014	1,012	1,006
50	1,006	1,014	1,012	1,007
51	1,006	1,014	1,013	1,006
52	1,006	1,015	1,012	1,007
53	1,006	1,014	1,013	1,007
54	1,002	1,008	1,012	1,004
55	1,012	1,005	1,002	1,008
56	1,012	1,004	1,002	1,008
57	1,013	1,004	1,002	1,008
58	1,013	1,004	1,002	1,009
59	1,013	1,004	1,002	1,008
60	1,013	1,005	1,002	1,009
61	1,013	1,004	1,002	1,009
62	1,012	1,005	1,002	1,009
63	1,013	1,005	1,002	1,009
64	1,013	1,005	1,002	1,009
65	1,013	1,005	1,002	1,009
66	1,013	1,005	1,002	1,009
67	1,013	1,005	1,002	1,009
68	1,014	1,005	1,002	1,009
69	1,013	1,005	1,002	1,010
70	1,014	1,005	1,002	1,009
71	1,013	1,005	1,002	1,010
72	1,013	1,006	1,003	1,009
73	1,038	1,039	1,052	1,054
74	1,037	1,038	1,050	1,052
75	1,036	1,037	1,048	1,050
76	1,035	1,036	1,047	1,049
77	1,035	1,036	1,045	1,047
78	1,034	1,035	1,044	1,045
79	1,033	1,034	1,043	1,044
80	1,033	1,033	1,041	1,043

BASE - FARMACI

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-

1	1,000	1,000	1,000	1,000
2	2,000	2,000	2,000	2,000
3	1,500	1,500	1,500	1,500
4	1,667	1,667	1,667	1,667
5	1,600	1,600	1,600	1,600
6	1,250	1,250	1,375	1,375
7	1,400	1,400	1,273	1,273
8	1,214	1,214	1,286	1,286
9	1,294	1,294	1,222	1,222
10	1,455	1,455	1,455	1,455
11	1,000	1,000	1,031	1,031
12	1,000	1,000	1,000	1,000
13	1,000	1,031	1,000	1,000
14	1,031	1,000	1,030	1,030
15	1,000	1,030	1,000	1,000
16	1,030	1,000	1,029	1,029
17	1,000	1,029	1,000	1,029
18	1,029	1,000	1,029	1,000
19	1,000	1,029	1,000	1,028
20	1,000	1,000	1,000	1,000
21	1,029	1,028	1,028	1,027
22	1,028	1,027	1,054	1,026
23	1,027	1,026	1,026	1,051
24	1,026	1,026	1,025	1,024
25	1,051	1,025	1,024	1,024
26	1,024	1,024	1,024	1,023
27	1,024	1,048	1,047	1,045
28	1,023	1,023	1,022	1,022
29	1,045	1,022	1,022	1,021
30	1,022	1,043	1,043	1,042
31	1,021	1,021	1,020	1,020
32	1,042	1,041	1,040	1,039
33	1,020	1,020	1,038	1,038
34	1,039	1,019	1,019	1,018
35	1,000	1,019	1,018	1,018

36	1,000	1,019	1,000	1,000
37	1,000	1,000	1,018	1,000
38	1,019	1,018	1,000	1,000
39	1,000	1,018	1,018	1,018
40	1,000	1,000	1,017	1,000
41	1,000	1,018	1,000	1,000
42	1,019	1,017	1,017	1,017
43	1,000	1,017	1,017	1,000
44	1,000	1,000	1,000	1,000
45	1,018	1,017	1,016	1,017
46	1,000	1,016	1,016	1,000
47	1,000	1,016	1,016	1,000
48	1,000	1,016	1,000	1,017
49	1,018	1,016	1,016	1,000
50	1,000	1,015	1,015	1,016
51	1,000	1,000	1,015	1,000
52	1,018	1,015	1,015	1,000
53	1,000	1,015	1,000	1,016
54	1,000	1,015	1,015	1,000
55	1,017	1,000	1,000	1,000
56	1,017	1,000	1,014	1,016
57	1,000	1,014	1,000	1,016
58	1,017	1,000	1,000	1,000
59	1,016	1,000	1,000	1,015
60	1,016	1,014	1,000	1,000
61	1,016	1,000	1,000	1,015
62	1,000	1,000	1,014	1,000
63	1,016	1,014	1,000	1,015
64	1,015	1,000	1,000	1,015
65	1,015	1,000	1,000	1,000
66	1,015	1,014	1,000	1,014
67	1,015	1,000	1,000	1,014
68	1,014	1,014	1,014	1,000
69	1,014	1,000	1,000	1,014
70	1,000	1,000	1,000	1,014

71	1,014	1,014	1,000	1,000
72	1,014	1,000	1,000	1,014
73	1,041	1,040	1,056	1,054
74	1,039	1,038	1,053	1,051
75	1,038	1,037	1,050	1,049
76	1,037	1,036	1,048	1,047
77	1,035	1,034	1,045	1,044
78	1,034	1,033	1,033	1,053
79	1,033	1,032	1,053	1,040
80	1,032	1,042	1,040	1,039

SILVER - VISITE E PREVENZIONE

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,619	1,619	1,545	1,591
2	1,588	1,618	1,647	1,629
3	1,870	1,855	1,857	1,842
4	1,584	1,598	1,587	1,581
5	1,456	1,454	1,455	1,458
6	1,373	1,371	1,371	1,372
7	1,316	1,314	1,316	1,316
8	1,273	1,274	1,273	1,275
9	1,243	1,241	1,243	1,242
10	1,458	1,458	1,457	1,457
11	1,011	1,011	1,010	1,011
12	1,013	1,012	1,011	1,011
13	1,014	1,014	1,012	1,013
14	1,014	1,014	1,012	1,012
15	1,016	1,014	1,012	1,014
16	1,016	1,015	1,014	1,014
17	1,017	1,016	1,014	1,016
18	1,019	1,018	1,016	1,016
19	1,018	1,017	1,015	1,016
20	1,013	1,012	1,013	1,010
21	1,034	1,034	1,034	1,036
22	1,034	1,035	1,036	1,036

23	1,034	1,035	1,036	1,036
24	1,035	1,035	1,037	1,037
25	1,035	1,036	1,037	1,038
26	1,036	1,036	1,037	1,037
27	1,035	1,036	1,037	1,038
28	1,036	1,037	1,038	1,038
29	1,036	1,037	1,037	1,038
30	1,036	1,037	1,038	1,038
31	1,036	1,037	1,038	1,038
32	1,036	1,037	1,037	1,038
33	1,036	1,037	1,038	1,038
34	1,033	1,031	1,037	1,036
35	1,013	1,014	1,014	1,013
36	1,013	1,014	1,014	1,012
37	1,014	1,014	1,014	1,013
38	1,014	1,015	1,014	1,014
39	1,014	1,015	1,015	1,013
40	1,014	1,015	1,015	1,014
41	1,015	1,015	1,015	1,014
42	1,015		1,015	1,014
43	1,015	1,015	1,015	1,015
44	1,014	1,015	1,016	1,014
45	1,016	1,016	1,016	1,015
46	1,016	1,016	1,016	1,015
47	1,016	1,016	1,016	1,015
48	1,015	1,016	1,016	1,015
49	1,016	1,016	1,016	1,015
50	1,016	1,016	1,017	1,015
51	1,016	1,017	1,016	1,015
52	1,017	1,017	1,017	1,016
53	1,016	1,016	1,017	1,015
54	1,011	1,013	1,013	1,010
55	1,006	1,006	1,007	1,011
56	1,006	1,007	1,007	1,011
57	1,006	1,007	1,007	1,012

58	1,006	1,007	1,007	1,011
59	1,006	1,007	1,007	1,012
60	1,006	1,007	1,007	1,012
61	1,006	1,007	1,008	1,012
62	1,006	1,007	1,007	1,012
63	1,006	1,008	1,007	1,012
64	1,006	1,007	1,007	1,012
65	1,006	1,007	1,008	1,012
66	1,006	1,007	1,008	1,012
67	1,006	1,008	1,008	1,012
68	1,006	1,008	1,008	1,012
69	1,006	1,008	1,008	1,012
70	1,006	1,008	1,008	1,012
71	1,007	1,008	1,008	1,012
72	1,007	1,008	1,008	1,012
73	1,024	1,021	1,020	1,012
74	1,024	1,021	1,019	1,012
75	1,024	1,021	1,019	1,012
76	1,023	1,020	1,019	1,012
77	1,024	1,020	1,019	1,012
78	1,023	1,020	1,019	1,012
79	1,023	1,020	1,018	1,012
80	1,023	1,020	1,019	1,012

SILVER - FARMACI

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,000	1,000	1,000	1,000
2	1,000	1,000	1,000	1,000
3	2,000	2,000	2,000	2,000
4	1,500	2,000	2,000	2,000
5	1,667	1,250	1,250	1,250
6	1,400	1,400	1,400	1,400
7	1,286	1,286	1,286	1,286
8	1,333	1,333	1,333	1,333
9				

10	1,500	1,500	1,400	1,467
11	1,000	1,000	1,048	1,000
12	1,000	1,048	1,000	1,000
13	1,048	1,000	1,000	1,000
14	1,000	1,000	1,045	1,045
15	1,000	1,000	1,000	1,000
16	1,045	1,045	1,000	1,000
17	1,000	1,000	1,000	1,043
18	1,000	1,043	1,043	1,000
19	1,043	1,000	1,000	1,000
20	1,000	1,000	1,000	1,042
21	1,042	1,042	1,042	1,000
22	1,040	1,040	1,040	1,040
23	1,038	1,038	1,038	1,038
24	1,037	1,037	1,037	1,037
25	1,036	1,036	1,036	1,036
26	1,034	1,034	1,034	1,069
27	1,033	1,033	1,033	1,032
28	1,032	1,032	1,032	1,031
29	1,031	1,031	1,063	1,030
30	1,030	1,030	1,029	1,029
31	1,029	1,059	1,029	1,057
32	1,057	1,028	1,028	1,027
33	1,027	1,027	1,054	1,053
34	1,026	1,053	1,026	1,025
35	1,026	1,000	1,025	1,024
36	1,000	1,025	1,000	1,000
37	1,025	1,000	1,024	1,024
38	1,000	1,024	1,024	1,000
39	1,024	1,000	1,000	1,023
40	1,024	1,024	1,023	1,000
41	1,000	1,023	1,023	1,023
42	1,023	1,000	1,000	1,022
43	1,023	1,023	1,022	1,000
44	1,000	1,022	1,022	1,022

45	1,022	1,000	1,000	1,021
46	1,022	1,022	1,021	1,000
47	1,000	1,021	1,021	1,021
48	1,021	1,021	1,020	1,020
49	1,021	1,020	1,000	1,020
50	1,020	1,000	1,020	1,000
51	1,000	1,020	1,020	1,020
52	1,020	1,020	1,019	1,019
53	1,020	1,019	1,019	1,019
54	1,019	1,019	1,019	1,000
55	1,000	1,000	1,000	1,019
56	1,000	1,000	1,000	1,000
57	1,019	1,019	1,018	1,018
58	1,000	1,000	1,000	1,018
59	1,000	1,000	1,000	1,000
60	1,000	1,018	1,018	1,018
61	1,019	1,000	1,000	1,017
62	1,000	1,018	1,018	1,000
63	1,000	1,000	1,000	1,017
64	1,018	1,018	1,017	1,017
65	1,000	1,000	1,000	1,016
66	1,000	1,000	1,017	1,000
67	1,018	1,017	1,000	1,016
68	1,000	1,000	1,000	1,016
69	1,018	1,017	1,017	1,016
70	1,000	1,000	1,000	1,000
71	1,000	1,017	1,016	1,015
72	1,017	1,000	1,000	1,015
73	1,017	1,016	1,032	1,015
74	1,033	1,032	1,016	1,015
75	1,016	1,016	1,015	1,015
76	1,032	1,015	1,015	1,015
77	1,015	1,030	1,030	1,014
78	1,030	1,015	1,014	1,014
79	1,015	1,014	1,014	1,014

80	1,029	1,029	1,014	1,014
----	-------	-------	-------	-------

GOLD - VISITE E PREVENZIONE

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,625	1,585	1,595	1,581
2	1,615	1,631	1,627	1,618
3	1,857	1,849	1,844	1,855
4	1,590	1,592	1,592	1,593
5	1,455	1,455	1,453	1,455
6	1,370	1,372	1,374	1,372
7	1,316	1,316	1,315	1,316
8	1,273	1,273	1,274	1,274
9	1,243	1,242	1,242	1,242
10	1,458	1,457	1,457	1,457
11	1,027	1,031	1,032	1,033
12	1,029	1,033	1,034	1,035
13	1,030	1,034	1,035	1,037
14	1,031	1,036	1,036	1,038
15	1,032	1,037	1,038	1,039
16	1,034	1,038	1,039	1,041
17	1,035	1,039	1,040	1,041
18	1,036	1,040	1,041	1,042
19	1,037	1,041	1,042	1,043
20	1,036	1,034	1,039	1,040
21	1,045	1,041	1,040	1,041
22	1,045	1,041	1,040	1,041
23	1,046	1,041	1,041	1,041
24	1,045	1,042	1,041	1,042
25	1,046	1,042	1,041	1,042
26	1,046	1,042	1,041	1,042
27	1,045	1,042	1,041	1,042
28	1,045	1,042	1,041	1,042
29	1,045	1,042	1,041	1,042
30	1,045	1,042	1,041	1,042
31	1,044	1,042	1,041	1,042

32	1,044	1,042	1,041	1,042
33	1,044	1,041	1,041	1,041
34	1,042	1,040	1,037	1,038
35	1,003	1,004	1,003	1,002
36	1,003	1,004	1,004	1,002
37	1,003	1,004	1,003	1,002
38	1,003	1,004	1,004	1,003
39	1,003	1,004	1,004	1,003
40	1,004	1,004	1,004	1,003
41	1,003	1,004	1,004	1,003
42	1,004	1,004	1,004	1,003
43	1,004	1,005	1,004	1,003
44	1,004	1,005	1,004	1,003
45	1,004	1,005	1,005	1,003
46	1,004	1,005	1,004	1,003
47	1,004	1,005	1,005	1,003
48	1,004	1,005	1,005	1,003
49	1,004	1,005	1,005	1,003
50	1,004	1,005	1,005	1,003
51	1,005	1,005	1,005	1,003
52	1,005	1,006	1,005	1,003
53	1,005	1,006	1,005	1,004
54	1,003	1,003	1,002	1,002
55	1,005	1,006	1,005	1,006
56	1,005	1,006	1,005	1,006
57	1,005	1,006	1,006	1,006
58	1,006	1,006	1,005	1,006
59	1,006	1,006	1,006	1,006
60	1,006	1,006	1,006	1,006
61	1,006	1,006	1,006	1,006
62	1,006	1,006	1,006	1,006
63	1,006	1,006	1,006	1,006
64	1,006	1,006	1,006	1,007
65	1,006	1,006	1,006	1,006
66	1,006	1,006	1,006	1,007

67	1,006	1,006	1,006	1,007
68	1,006	1,007	1,006	1,007
69	1,006	1,006	1,006	1,007
70	1,006	1,007	1,006	1,007
71	1,006	1,007	1,006	1,007
72	1,007	1,007	1,006	1,007
73	1,007	1,007	1,008	1,007
74	1,007	1,007	1,008	1,006
75	1,007	1,007	1,008	1,007
76	1,007	1,008	1,008	1,007
77	1,007	1,007	1,008	1,007
78	1,007	1,008	1,008	1,007
79	1,007	1,008	1,008	1,007
80	1,007	1,008	1,008	1,007

GOLD - FARMACI

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	
1	1,000	1,000	1,000	2,000
2	2,000	2,000	2,000	1,000
3	2,000	2,000	2,000	2,000
4	1,750	1,750	1,750	1,750
5	1,429	1,429	1,429	1,429
6	1,300	1,300	1,400	1,400
7	1,385	1,385	1,286	1,286
8	1,222	1,222	1,278	1,278
9	1,273	1,273	1,261	1,261
10	1,429	1,464	1,448	1,448
11	1,025	1,024	1,024	1,048
12	1,049	1,024	1,023	1,023
13	1,023	1,047	1,045	1,044
14	1,023	1,022	1,043	1,043
15	1,044	1,043	1,042	1,041
16	1,021	1,042	1,020	1,039
17	1,042	1,040	1,059	1,038
18	1,040	1,038	1,037	1,036

19	1,038	1,037	1,036	1,053
20	1,037	1,036	1,034	1,033
21	1,036	1,034	1,050	1,048
22	1,052	1,050	1,032	1,031
23	1,049	1,048	1,046	1,045
24	1,031	1,030	1,044	1,043
25	1,045	1,044	1,028	1,041
26	1,058	1,042	1,041	1,039
27	1,041	1,041	1,053	1,051
28	1,039	1,052	1,038	1,036
29	1,051	1,037	1,036	1,047
30	1,048	1,036	1,047	1,033
31	1,034	1,046	1,033	1,043
32	1,044	1,044	1,043	1,041
33	1,053	1,042	1,041	1,040
34	1,040	1,040	1,040	1,048
35	1,000	1,000	1,000	1,000
36	1,000	1,010	1,010	1,000
37	1,010	1,000	1,000	1,000
38	1,000	1,000	1,000	1,009
39	1,000	1,010	1,009	1,000
40	1,010	1,000	1,000	1,000
41	1,000	1,010	1,009	1,000
42	1,000	1,000	1,000	1,009
43	1,010	1,009	1,009	1,000
44	1,000	1,000	1,000	1,000
45	1,009	1,009	1,009	1,009
46	1,000	1,000	1,000	1,000
47	1,000	1,009	1,009	1,000
48	1,009	1,000	1,000	1,009
49	1,000	1,009	1,009	1,000
50	1,009	1,009	1,000	1,009
51	1,000	1,000	1,009	1,000
52	1,009	1,009	1,000	1,000
53	1,000	1,000	1,009	1,009

54	1,009	1,009	1,000	1,000
55	1,000	1,000	1,009	1,009
56	1,009	1,009	1,000	1,000
57	1,000	1,009	1,009	1,009
58	1,009	1,000	1,009	1,008
59	1,009	1,009	1,000	1,000
60	1,000	1,009	1,009	1,008
61	1,009	1,000	1,008	1,008
62	1,009	1,009	1,000	1,008
63	1,000	1,008	1,008	1,000
64	1,009	1,008	1,008	1,008
65	1,009	1,000	1,000	1,008
66	1,000	1,008	1,008	1,008
67	1,008	1,008	1,008	1,008
68	1,008	1,008	1,008	1,000
69	1,008	1,000	1,000	1,008
70	1,000	1,008	1,008	1,008
71	1,008	1,008	1,008	1,008
72	1,008	1,008	1,008	1,008
73	1,008	1,008	1,008	1,008
74	1,008	1,008	1,008	1,008
75	1,008	1,008	1,008	1,008
76	1,000	1,008	1,008	1,000
77	1,008	1,008	1,008	1,008
78	1,008	1,008	1,008	1,007
79	1,008	1,008	1,008	1,007
80	1,008	1,008	1,007	1,007

PLATINUM - VISITE E PREVENZIONE

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,600	1,590	1,587	1,609
2	1,625	1,629	1,630	1,621
3	1,853	1,848	1,853	1,850
4	1,588	1,589	1,589	1,589
5	1,458	1,457	1,456	1,456

6	1,371	1,371	1,372	1,372
7	1,316	1,316	1,315	1,315
8	1,273	1,273	1,274	1,274
9	1,242	1,243	1,242	1,242
10	1,457	1,457	1,457	1,458
11	1,020	1,024	1,025	1,026
12	1,021	1,025	1,026	1,028
13	1,022	1,027	1,028	1,029
14	1,024	1,028	1,029	1,031
15	1,025	1,029	1,030	1,032
16	1,026	1,031	1,032	1,033
17	1,027	1,032	1,032	1,034
18	1,028	1,033	1,034	1,035
19	1,029	1,033	1,034	1,036
20	1,023	1,027	1,032	1,034
21	1,036	1,035	1,046	1,047
22	1,036	1,036	1,046	1,047
23	1,037	1,036	1,046	1,048
24	1,037	1,037	1,046	1,047
25	1,038	1,037	1,046	1,047
26	1,038	1,038	1,046	1,047
27	1,038	1,038	1,046	1,047
28	1,038	1,038	1,046	1,047
29	1,038	1,038	1,045	1,046
30	1,038	1,038	1,045	1,046
31	1,038	1,038	1,045	1,046
32	1,038	1,038	1,045	1,045
33	1,038	1,038	1,044	1,045
34	1,036	1,032	1,038	1,042
35	1,010	1,009	1,004	1,002
36	1,010	1,009	1,004	1,002
37	1,010	1,009	1,004	1,002
38	1,010	1,009	1,004	1,002
39	1,011	1,010	1,004	1,002
40	1,011	1,010	1,004	1,002

41	1,011	1,010	1,004	1,002
42	1,011	1,010	1,005	1,002
43	1,011	1,010	1,005	1,002
44	1,012	1,010	1,005	1,002
45	1,012	1,011	1,005	1,002
46	1,012	1,011	1,005	1,002
47	1,012	1,011	1,005	1,002
48	1,012	1,011	1,005	1,002
49	1,012	1,011	1,005	1,002
50	1,013	1,011	1,005	1,002
51	1,013	1,011	1,005	1,002
52	1,013	1,012	1,005	1,002
53	1,013	1,012	1,006	1,002
54	1,006	1,011	1,000	1,002
55	1,002	1,002	1,001	1,004
56	1,002	1,002	1,001	1,004
57	1,002	1,002	1,001	1,004
58	1,002	1,002	1,001	1,004
59	1,002	1,002	1,001	1,004
60	1,002	1,002	1,001	1,004
61	1,002	1,002	1,001	1,004
62	1,002	1,002	1,001	1,004
63	1,002	1,002	1,001	1,004
64	1,002	1,002	1,001	1,004
65	1,002	1,002	1,001	1,004
66	1,002	1,002	1,001	1,004
67	1,002	1,002	1,001	1,004
68	1,002	1,002	1,002	1,004
69	1,002	1,002	1,002	1,004
70	1,002	1,002	1,002	1,004
71	1,002	1,002	1,002	1,004
72	1,002	1,003	1,002	1,004
73	1,008	1,011	1,013	1,011
74	1,008	1,011	1,013	1,011
75	1,008	1,011	1,013	1,011

76	1,008	1,011	1,013	1,011
77	1,008	1,011	1,013	1,011
78	1,008	1,011	1,013	1,011
79	1,008	1,011	1,013	1,011
80	1,008	1,011	1,013	1,011

PLATINUM - FARMACI

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	2,000	2,000	2,000	2,000
2	2,000	2,000	2,000	2,000
3	1,500	1,750	1,750	1,750
4	1,667	1,429	1,571	1,571
5	1,500	1,500	1,455	1,455
6	1,333	1,400	1,313	1,375
7	1,350	1,286	1,333	1,318
8	1,259	1,296	1,286	1,241
9	1,235	1,229	1,222	1,250
10	1,476	1,442	1,477	1,467
11	1,016	1,032	1,015	1,030
12	1,016	1,031	1,030	1,029
13	1,031	1,015	1,029	1,029
14	1,015	1,030	1,029	1,028
15	1,030	1,029	1,028	1,027
16	1,029	1,028	1,027	1,039
17	1,028	1,041	1,039	1,025
18	1,027	1,026	1,025	1,037
19	1,027	1,038	1,037	1,036
20	1,026	1,025	1,036	1,034
21	1,025	1,036	1,046	1,056
22	1,037	1,035	1,044	1,042
23	1,036	1,034	1,042	1,051
24	1,046	1,043	1,051	1,048
25	1,033	1,031	1,048	1,046
26	1,043	1,040	1,046	1,044
27	1,031	1,039	1,044	1,050

28	1,040	1,037	1,042	1,048
29	1,038	1,036	1,048	1,046
30	1,046	1,035	1,046	1,044
31	1,035	1,042	1,044	1,049
32	1,034	1,032	1,042	1,040
33	1,041	1,039	1,047	1,045
34	1,039	1,038	1,039	1,043
35	1,008	1,007	1,000	1,000
36	1,008	1,007	1,006	1,006
37	1,015	1,014	1,006	1,000
38	1,007	1,007	1,000	1,000
39	1,015	1,007	1,006	1,006
40	1,007	1,014	1,006	1,000
41	1,014	1,007	1,000	1,000
42	1,007	1,014	1,006	1,006
43	1,014	1,007	1,006	1,000
44	1,014	1,013	1,006	1,000
45	1,007	1,007	1,006	1,006
46	1,014	1,013	1,000	1,000
47	1,013	1,013	1,006	1,000
48	1,013	1,006	1,006	1,006
49	1,013	1,013	1,006	1,000
50	1,013	1,013	1,006	1,000
51	1,013	1,012	1,006	1,006
52	1,013	1,012	1,006	1,000
53	1,012	1,012	1,006	1,006
54	1,006	1,012	1,000	1,000
55	1,000	1,000	1,000	1,000
56	1,000	1,000	1,000	1,006
57	1,006	1,006	1,000	1,006
58	1,000	1,000	1,006	1,000
59	1,000	1,000	1,000	1,006
60	1,006	1,006	1,000	1,006
61	1,000	1,000	1,000	1,000
62	1,000	1,000	1,006	1,006

63	1,006	1,006	1,000	1,005
64	1,000	1,000	1,000	1,005
65	1,000	1,006	1,000	1,000
66	1,006	1,000	1,006	1,005
67	1,000	1,000	1,000	1,005
68	1,006	1,006	1,000	1,005
69	1,000	1,000	1,006	1,005
70	1,000	1,006	1,000	1,000
71	1,006	1,000	1,000	1,005
72	1,000	1,000	1,000	1,005
73	1,012	1,011	1,017	1,011
74	1,006	1,011	1,011	1,010
75	1,006	1,017	1,011	1,010
76	1,011	1,011	1,016	1,010
77	1,006	1,011	1,011	1,010
78	1,011	1,011	1,016	1,015
79	1,006	1,011	1,010	1,010
80	1,011	1,010	1,015	1,010

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 Visite, prevenzione e farmaci 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 del sistema endocrino e/o da una neoplasia maligna?	Si - No
2.1	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia del fegato diversa da 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 del sistema endocrino?</p> <p>Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia, diabete, 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 (ischemia, trombosi, emorragia) - Malattia del pancreas - Malattia del/i polmone/i - Malattia del sistema urologico - Malattia del sistema endocrino (compreso diabete mellito) - 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 del sistema endocrino (compreso diabete mellito) e/o da una neoplasia maligna?	Si - No
3.1	Stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) e/o per malattie del pancreas (escluso diabete), che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) e/o stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci, chemioterapia, radioterapia) per neoplasie maligne?	Si - No
3.2	Stai attualmente seguendo cure per malattie cardiovascolari, malattie del fegato, malattie del/i polmone/i, malattie del sistema urologico, malattie del sistema endocrino?	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")	<ul style="list-style-type: none"> - No - Cura per malattie cardiovascolari - Cura per malattie del fegato - Cura per malattie del/i polmone/i - Cura per malattie del sistema urologico - Cura per malattie del sistema endocrino
4	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi, quale ad esempio una malattia dell'apparato digerente, una malattia del sangue, una malattia dell'apparato uro-genitale, una malattia del sistema osteo-articolare, una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) o hai sofferto di paralisi o da una forma di cecità o hai presentato uno stato di coma?	Si - No
4.1	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato digerente diversa da stipsi, gastrite e/o una malattia del sangue e/o una paralisi e/o alcuna forma di cecità, che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi e/o hai presentato uno stato di coma?	Si - No
4.1.1	<p>Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato uro-genitale, una malattia del sistema osteo-articolare o una malattia del sistema endocrino che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi?</p> <p>Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertrofia prostatica, artrosi e/o osteoporosi.</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>	<ul style="list-style-type: none"> - Malattia dell'apparato uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) - Malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) - Malattia del sistema endocrino - No
5	Soffri di una patologia neurologica (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 lieve)?	Si - No
5.1.1	Soffri di una forma lieve 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 totale e permanente con soglia uguale o superiore al 33% o hai fatto domanda per ottenerla?	Si - No
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?	Si - No

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

N	Domande	Risposta
7	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi), di disturbi neurologici del movimento o di patologie del sistema nervoso centrale o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
7.1	Attualmente soffri di disturbi neurologici del movimento o di 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, altro) o di distrofia muscolare?	Si - No
7.2	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
7.2.1	Attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali, altro)?	Si - No
7.2.2	Hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
8	Attualmente soffri di una malattia reumatologica, quali ad esempio connettivite mista, 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, poliartrite nodosa e/o sclerodermia? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- No - Connettivite mista - Poliartrite nodosa - Sclerodermia
9	Negli ultimi 2 anni hai effettuato più di 5 visite specialistiche (comprese visite di controllo)?	Si - No
9.1	Effettui annualmente visite/follow up di controllo relativamente a una o più patologie di cui hai sofferto o soffri attualmente?	Si - No
9.1.1	Effettui regolarmente più di 2 check up l'anno?	Si - No
9.2	Utilizzi uno o più farmaci in terapia continuativa?	Si - No
9.2.1	Utilizzi regolarmente farmaci non erogati dal Servizio Sanitario Nazionale?	Si - No

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 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.