



**Area Salute
Modulo
Malattie Gravi Extra**
Appendice
alle Condizioni di Assicurazione
della polizza XME Protezione

Edizione Gennaio 2026

Dedicato ai correntisti di Intesa Sanpaolo

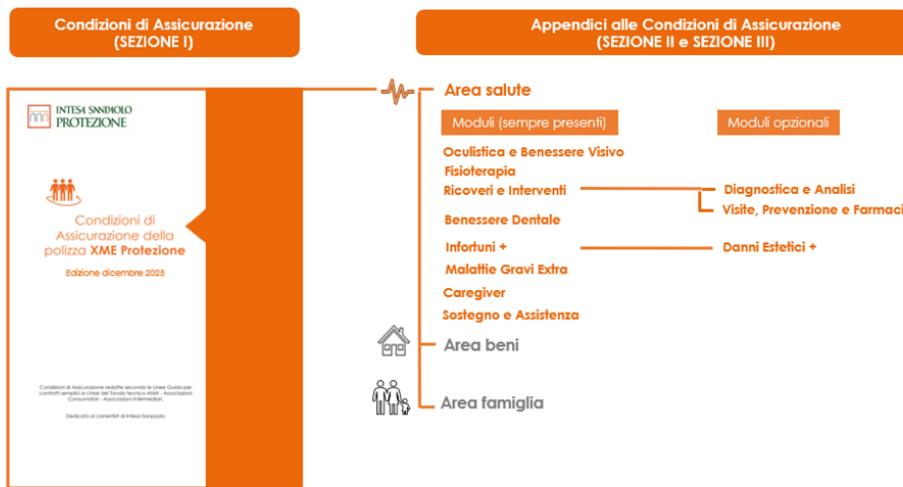
Modulo Malattie Gravi Extra

Caro Cliente,

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

Nel Modulo sono presenti:

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



Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del **Modulo Malattie Gravi Extra** abbiamo arricchito il documento con:

- **box di consultazione** che forniscono informazioni e approfondimenti su alcuni aspetti del contratto; sono degli spazi facilmente individuabili perché contrassegnati con margine arancione e con il simbolo della lente di ingrandimento.
- **note inserite a margine del testo**, segnalate con un elemento grafico arancione, che forniscono brevi spiegazioni di parole, sigle e concetti di uso poco comune
- **punti di attenzione**, segnalati con un elemento grafico, vogliono ricordare al cliente di verificare che le coperture di suo interesse non siano soggette a esclusioni, limiti, franchigie e scoperti.
- **elemento grafico di colore grigio**, identifica le clausole vessatorie che è necessario conoscere prima della sottoscrizione del contratto e che richiederanno una specifica approvazione in sede di acquisto della polizza
- **elemento grafico di colore arancione**, identifica le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie od oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato su cui è importante porre l'attenzione prima della sottoscrizione del contratto.



Il set informativo di XME Protezione, disponibile sul sito internet di Intesa Sanpaolo Protezione www.intesasanpaoloprotezione.com e che le sarà comunque consegnato al momento dell'acquisto della polizza, è composto da:

- **Condizioni di Assicurazione di XME Protezione**
- **Documento Informativo Precontrattuale (DIP)**
- **Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo)**
- **Appendice alle Condizioni di assicurazione del Modulo acquistato**

Grazie per l'interesse dimostrato

Indice

PREMESSA

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE DEL MODULO

Articolo 1. CHE COSA È ASSICURATO

- 1.1 Malattie gravi
- 1.2 Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico
- 1.3 Prestazioni Assistenziali in Network
- 1.4 Trasporto sanitario attrezzato e con ausili in Network
- 1.5 Second Opinion
- 1.6 Visita specialistica di controllo in Assistenza diretta
- 1.7 Perdita di autosufficienza

Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO

- 2.1 Persone non assicurabili
- 2.2 Esclusioni per tutte le garanzie
- 2.3 Esclusioni in caso di Malattie gravi

Articolo 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE

Articolo 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE

Articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

Articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE

- 6.1 Carenze

Articolo 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Articolo 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

- 8.1 Variazione delle somme assicurate

Articolo 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Pag. 3 di 38

Pag. 4 di 38

Pag. 6 di 38

Pag. 9 di 38

Pag. 10 di 38

Pag. 10 di 38

Pag. 11 di 38

Pag. 12 di 38

Pag. 12 di 38

Pag. 13 di 38

Pag. 13 di 38

Pag. 16 di 38

Pag. 16 di 38

Pag. 17 di 38

Pag. 17 di 38

Pag. 18 di 38

Pag. 18 di 38

Pag. 19 di 38

Pag. 20 di 38

Pag. 20 di 38

Pag. 20 di 38

Pag. 21 di 38

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Articolo 10. DENUNCIA DEL SINISTRO

- 10.1 Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta
 - 10.1.1 Modalità per richiedere la visita specialistica di controllo
 - 10.1.1.1 Ricerca della Struttura
 - 10.1.1.2 Validità e riemissione autorizzazione
 - 10.1.1.3 Annullamento dell'autorizzazione
 - 10.1.1.4 Accesso a una struttura convenzionata senza preventiva autorizzazione
 - 10.1.2 Richiedere la Second Opinion
 - 10.1.3 Richiedere le Prestazioni Assistenziali in Network e il Trasporto sanitario attrezzato e con ausili in Network
 - 10.1.3.1 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa
 - 10.2 Procedura per richiedere il pagamento degli indennizzi per Malattie Gravi e Perdita di autosufficienza e per il rimborso delle spese per la garanzia Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico
 - 10.2.1 Documenti da trasmettere per richiedere il pagamento dell'indennizzo per Malattie Gravi
 - 10.2.2. Documenti da trasmettere per richiedere il pagamento dell'indennizzo per Perdita di autosufficienza
 - 10.2.3 Documenti da trasmettere per richiedere il rimborso delle spese per la garanzia Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico
 - 10.3 Data dell'evento
 - 10.4 Lingua della documentazione
 - 10.5 Accertamenti di Intesa Sanpaolo Protezione
 - 10.6 Decesso dell'Assicurato
 - 10.7 Imposte e oneri amministrativi

Articolo 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI

Articolo 12. SERVIZI NON ASSICURATIVI A DISPOSIZIONE DELL'ASSICURATO

Pag. 21 di 38

Pag. 21 di 38

Pag. 21 di 38

Pag. 21 di 38

Pag. 22 di 38

Pag. 23 di 38

Pag. 23 di 38

Pag. 23 di 38

Pag. 24 di 38

Pag. 24 di 38

Pag. 25 di 38

Pag. 25 di 38

Pag. 25 di 38

Pag. 25 di 38

Pag. 26 di 38

Pag. 26 di 38

Pag. 26 di 38

GLOSSARIO

ALLEGATO 1 - Tabella riepilogativa dei limiti del Modulo Malattie Gravi Extra

Pag. 29 di 38

ALLEGATO 2 - Tabella dei coefficienti

Pag. 31 di 38

ALLEGATO 3 - Fac-simile Questionario Sanitario e delle Professioni non assicurabili

Pag. 32 di 38

Pag. 34 di 38

Da sapere	
	Contraente (Cliente) La persona che sottoscrive la polizza e paga il premio. Può non coincidere con l'Assicurato.
	Assicurato La persona che beneficia delle coperture previste dalla polizza.
	Nucleo familiare Rientrano nella definizione di nucleo familiare i seguenti soggetti purché residenti in Italia: <ul style="list-style-type: none"> coniuge, anche se legalmente separato e persona unita civilmente convivente in coppia di fatto (intendendosi per "coppia di fatto" quella formata da due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da unione civile) figli anche adottivi e minori in affido (anche solo di uno dei due coniugi o della persona unita civilmente o dell'altro convivente appartenente alla coppia di fatto) anche se non conviventi, purché di età uguale o maggiore di un anno. È consentita l'inclusione di tali soggetti nel nucleo familiare anche se non risultano fiscalmente a carico.
	Centrale Operativa La Centrale Operativa è una struttura dedicata all'erogazione di informazioni relative alle coperture assicurative e al Network nonché all'autorizzazione delle prestazioni in Assistenza Diretta. Si avvale del supporto di consulenti medici per una corretta classificazione della prestazione richiesta, in conformità con le garanzie previste dal contratto. È importante precisare che i consulenti medici della Centrale Operativa non intervengono nel merito della richiesta medica ovvero non valutano l'appropriatezza del piano terapeutico prescritto dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista ai fini della cura della patologia dell'Assicurato. Il loro ruolo si limita a verificare che l'evento rientri tra quelli effettivamente coperti dalla polizza.
	Malattia grave diagnosticata La prima diagnosi di una delle malattie gravi indicate nel presente Modulo deve essere certificata da un medico specialista e supportata da adeguata documentazione sanitaria e accertamenti clinici, che confermino tutti i criteri previsti nelle condizioni specifiche di ciascuna malattia grave ai fini dell'attivazione della garanzia.
	Istituto di cura Istituto universitario, ospedale, casa di cura (pubblici o privati), regolarmente autorizzati a svolgere assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura: <ul style="list-style-type: none"> gli stabilimenti termali le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per anziani
	AJCC (American Joint Committee on Cancer) È un'organizzazione statunitense che si occupa della classificazione e stadiazione dei tumori. L'AJCC ha sviluppato e mantiene il sistema di stadiazione TNM (Tumore, Linfonodi, Metastasi), utilizzato a livello internazionale per descrivere l'estensione del cancro nel corpo. Questo sistema aiuta medici e ricercatori a valutare la gravità della malattia, pianificare il trattamento e prevedere la prognosi.

PREMESSA

Le **Sezioni II e III** regolano le coperture assicurative del Modulo Malattie Gravi Extra - Modello n. 186321-025-002-012026 (d'ora in poi il Modulo) che il Contraente può acquistare per sé o per conto di altro soggetto da Intesa Sanpaolo Protezione insieme alla polizza XME Protezione (d'ora in poi la Polizza) o in un secondo momento, e integrano la Sezione I delle Condizioni di Assicurazione della Polizza.

Il numero di Modello, indicato nella copertina, identifica la versione del Modulo in commercializzazione.

Le Condizioni di Assicurazione del Modulo sono pubblicate sul sito web di Intesa Sanpaolo Protezione nella versione in commercializzazione, identificata dal relativo numero di Modello. Il Contraente, pertanto, può acquistare il Modulo nella versione del Modello sopra riportato fino a quando è in commercializzazione.

Cessata la commercializzazione del Modulo, quest'ultimo non è più acquistabile.

Il Contraente può coincidere con il soggetto assicurato (d'ora in poi il Cliente) oppure può acquistare il Modulo per altro soggetto (d'ora in poi l'Assicurato).

Per acquistare il Modulo deve essere compilato il Questionario Sanitario e delle professioni non assicurabili (d'ora in poi Questionario Sanitario), necessario per verificare che l'Assicurato abbia le condizioni di assicurabilità.

Intesa Sanpaolo Protezione, tramite InSalute Servizi (Società del Gruppo Intesa Sanpaolo dedicata alla gestione delle prestazioni sanitarie per Intesa Sanpaolo Protezione - Via San Francesco D'Assisi 10 10122 Torino) e con ICC (International Care Company - Via Paracelso, 24 - Agrate Brianza 20864) fornisce all'Assicurato, nei limiti indicati nel Modulo, le seguenti garanzie:

- a) Malattie gravi
- b) Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico
- c) Prestazioni assistenziali in Assistenza diretta
- d) Trasporto sanitario attrezzato e con ausili in Assistenza diretta
- e) Second Opinion in Assistenza diretta
- f) Visita specialistica di controllo in Assistenza diretta
- g) Perdita di autosufficienza

Tali prestazioni sono erogate con i seguenti regimi:

ASSISTENZA DIRETTA

Intesa Sanpaolo Protezione paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate preventivamente dalla Centrale Operativa, direttamente alla struttura sanitaria del Network.

REGIME INDENNITARIO

Intesa Sanpaolo Protezione riconosce un indennizzo:

- in caso di prima diagnosi di una delle malattie gravi previste nel presente Modulo
- in caso di Perdita di autosufficienza (permanente e irreversibile) conseguente a una delle malattie gravi previste dalla garanzia "Perdita di autosufficienza".

REGIME RIMBORSUALE

Intesa Sanpaolo Protezione riconosce un rimborso per le spese sostenute per l'acquisto o il noleggio di protesi, ausili, presidi, ortesi e screening genetico.

Sezione II

Network: è la rete convenzionata costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE DEL MODULO

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

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

Rientrano nella definizione di nucleo familiare i seguenti soggetti purché residenti in Italia:

- coniuge, anche se legalmente separato e persona unita civilmente
- persona convivente col Cliente nell'ambito di una coppia di fatto (dove per coppia di fatto si intende quella composta da due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da unione civile)
- figli, anche adottivi e minori in affido, (anche solo di uno dei due coniugi o della persona unita civilmente o dell'altro convivente appartenente alla coppia di fatto) anche se non conviventi, purché di età uguale o maggiore di un anno.

È ammessa l'inclusione nel nucleo familiare di tali soggetti anche se non fiscalmente a carico.

Gli Assicurati devono essere indicati dal Cliente nel modulo di Polizza sottoscritto al momento dell'acquisto di XME Protezione o nell'Appendice contrattuale, se sottoscritta successivamente.

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

Il Cliente e gli Assicurati appartenenti al Nucleo Familiare possono avere livelli di copertura assicurati differenti.

Il Cliente può richiedere, in qualsiasi momento, la variazione del contratto per sé stesso o per altro Assicurato (in continuità di copertura), nei seguenti casi:

- A. Aumento della copertura: ad esempio passando da livello GOLD € 200.000 a livello PLATINUM € 300.000
- B. Riduzione della copertura: ad esempio passando da livello PLATINUM € 300.000 a livello GOLD € 200.000).

In caso di variazione del contratto (in continuità di copertura) per aumento del livello di copertura qualora si riscontrassero consultazioni mediche, esami strumentali, terapie farmacologiche o fisiche relativi alla malattia grave coperta dal presente Modulo effettuati:

- prima della data di decorrenza del nuovo livello di copertura
- oppure durante il periodo di carenza (calcolato a partire dalla data di decorrenza del nuovo livello di copertura)

e da cui sia conseguita diagnosi di una malattia grave, l'eventuale indennizzo, se dovuto ai sensi di Polizza, sarà riconosciuto nel limite del livello di copertura precedente, anche qualora la diagnosi sia avvenuta successivamente alla data di decorrenza del nuovo livello di copertura.

Tale condizione si applica sia alla garanzia "Gravi Malattie" sia alla garanzia "Perdita di autosufficienza".

La variazione deve essere concordata con Intesa Sanpaolo Protezione in base ai livelli di copertura vigenti al momento della richiesta.

aumento del livello di copertura:
si intende ad esempio il passaggio da livello GOLD 200.000 euro a livello PLATINUM 300.000 euro

ARTICOLO 1. CHE COSA È ASSICURATO

Il Modulo prevede le seguenti garanzie sempre presenti:

Malattie Gravi

Pagamento di un indennizzo nel caso in cui venga diagnosticata per la prima volta una delle malattie gravi di seguito elencate.

La malattia grave deve essere diagnosticata dopo la data di decorrenza del Modulo e trascorso il periodo di Carenza, e deve risultare da idonea documentazione medica.

MALATTIE GRAVI COMPRESE		MINORI Età compresa tra 1 e 17 anni compiuti	ADULTI Età uguale o superiore a 18 anni compiuti
A	a. Cancro b. Insufficienza renale c. Insufficienza epatica d. Trapianto d'Organo e. Coma f. Paralisi di arto intero g. Ustioni 3 grado (da Infortunio) h. Perdita anatomica degli arti (da Infortunio) i. Cecità totale (sia da Malattia sia da Infortunio) j. Anemia Aplastica	✓	✓
B	k. Infarto miocardico l. Ictus m. Malattia del motoneurone n. Sclerosi multipla o. Morbo di Parkinson p. Morbo di Alzheimer q. Demenze causate da Alzheimer		✓
C	r. Paralisi cerebrale s. Cardiopatia congenita t. Fibrosi cistica u. Distrofia muscolare v. Diabete tipo 1	✓	

Le coperture previste per il solo Assicurato minorenne operano fino al termine dell'annualità assicurativa in cui questi abbia compiuto il 18° anno di età. Al successivo rinnovo si applicano automaticamente all'Assicurato le coperture previste per gli adulti.

Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico

Rimborso delle spese sostenute, nel limite del massimale, per:

- l'acquisto o il noleggio di protesi, presidi, ausili e ortesi resi necessari a seguito di una delle malattie gravi previste nel Modulo e in copertura
- uno screening genetico in favore dei figli a seguito della diagnosi di una malattia grave, tra quelle previste nel Modulo e in copertura, a uno dei genitori assicurati

Prestazioni assistenziali

Prestazioni socio-assistenziali - erogate solo in Assistenza diretta - dedicate alla persona e alla famiglia, rese necessarie a seguito di una delle malattie gravi previste nel Modulo e in copertura, nel limite del massimale.

Second opinion

Secondo parere medico per le sole malattie gravi previste nel Modulo e in copertura.

Visita specialistica di controllo

Una visita specialistica di controllo una volta per annualità di polizza erogata solo in Assistenza diretta.

Perdita di autosufficienza (solo per Assicurati di età uguale o superiore a 18 anni compiuti)

Pagamento di un indennizzo in caso di Perdita di autosufficienza permanente e irreversibile solo se conseguente a una delle seguenti malattie gravi:

1. Cancro
2. Insufficienza renale
3. Insufficienza epatica
4. Trapianto d'organo
5. Coma
6. Ustioni di 3° grado (da Infortunio)
7. Perdita anatomica di arti (da Infortunio)
8. Paralisi di un arto intero
9. Cecità totale (sia da malattia che da infortunio)
10. Anemia aplastica
11. Infarto miocardico
12. Ictus

L'Assicurato minorenne mantiene le sole coperture a lui dedicate, senza quindi beneficiare della garanzia "Perdita di autosufficienza", fino al termine dell'annualità assicurativa in cui abbia compiuto il 18° anno di età. Al successivo rinnovo, invece, all'Assicurato si applicano automaticamente le coperture previste per gli adulti, tra cui la garanzia "Perdita di autosufficienza".

Il Modulo prevede 3 livelli di copertura: Silver, Gold e Platinum, con medesime garanzie ma caratterizzate dal diverso ammontare dell'Indennizzo previsto in caso di diagnosi di una grave malattia e in caso di perdita di autosufficienza.

	Livello SILVER	Livello GOLD	Livello PLATINUM
Malattie gravi	Indennizzo (una sola volta) 100.000 euro	Indennizzo (una sola volta) 200.000 euro	Indennizzo (una sola volta) 300.000 euro
Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico in forma rimborsuale	Massimo 6.000 euro all' anno	Massimo 6.000 euro all' anno	Massimo 6.000 euro all' anno
Prestazioni assistenziali in Network	Massimo 4.000 euro all' anno	Massimo 4.000 euro all' anno	Massimo 4.000 euro all' anno
Trasporto sanitario attrezzato e con ausili in Network	Massimo 4.000 euro all' anno	Massimo 4.000 euro all' anno	Massimo 4.000 euro all' anno
Second Opinion in Network	una sola volta	una sola volta	una sola volta
Visita specialistica di controllo in Assistenza diretta	una volta all'anno	una volta all'anno	una volta all'anno
Perdita di autosufficienza	Indennizzo (una sola volta) 20.000 euro	Indennizzo (una sola volta) 40.000 euro	Indennizzo (una sola volta) 60.000 euro

Per adulti di età uguale o superiore a 18 anni compiuti

In riferimento alla sola malattia grave "Cancro" si precisa che per le condizioni:

- Cancro non invasivo
 - Tumori classificati dalla AJCC come Stadio 1
 - Cancro in situ o Carcinoma in situ (AJCC Tis, Ta o Stadio 0)
- viene riconosciuto un indennizzo una sola volta pari al 10% del livello acquistato, ovvero:
- 10.000 euro (Silver)
 - 20.000 euro (Gold)
 - 30.000 euro (Platinum)

Per minori di età compresa fra 1 anno e 17 anni compiuti

In riferimento:

1. alla garanzia "Malattie Gravi" (Art. 1.1 punti A. e C.)

Viene riconosciuto un Indennizzo una sola volta pari al 50% del livello acquistato, ovvero:

- 50.000 euro (Silver)
- 100.000 euro (Gold)
- 150.000 euro (Platinum)

2. Per le seguenti tre condizioni riferite alla sola malattia grave "Cancro":

- Cancro non invasivo
- Tumori classificati dalla AJCC come Stadio 1
- Cancro in situ o Carcinoma in situ (AJCC Tis, Ta o Stadio 0)

viene riconosciuto un Indennizzo una sola volta pari al 10% dell'Indennizzo previsto al precedente punto 1 "garanzia Malattie Gravi", ovvero:

- 5.000 euro (Silver)
- 10.000 euro (Gold)
- 15.000 euro (Platinum)

Per ogni ulteriore dettaglio si rinvia all'Allegato 1 - Tabella riepilogativa dei limiti del presente Modulo Malattie Gravi Extra.

Facciamo chiarezza sulla classificazione dei tumori secondo l'organizzazione AJCC

Sigla	Significato
Tis	Tumore in situ (non invasivo)
Ta	Tumore non invasivo papillare
T0	Nessuna evidenza di tumore primario
T1-T4	Tumore invasivo, da piccolo a molto esteso

Il numero dopo la T (1-4) indica la dimensione o profondità di invasione (più alto = più grave).

Gli stadi vanno da 0 a 4 e si basano sulla combinazione dei parametri TNM (Tumore, Linfonodi, Metastasi)

Stadio	Significato
Stadio 0	Tumore in situ (Tis), non invasivo
Stadio I	Tumore piccolo, limitato all'organo di origine, senza metastasi
Stadio II	Tumore più grande o con iniziale coinvolgimento linfonodale
Stadio III	Tumore localmente avanzato, spesso con linfonodi coinvolti
Stadio IV	Tumore avanzato con metastasi a distanza (M1)

1.1. Malattie Gravi

Intesa Sanpaolo Protezione paga un indennizzo se all'Assicurato viene diagnosticata, per la prima volta, dopo la data di decorrenza del Modulo, una delle malattie gravi di seguito descritte, salvo quanto espressamente normato all'Art. 2 Che cosa non è assicurato e fermi i periodi di Carenza di cui all'Art. 6.1

Si precisa che per avere diritto alle prestazioni l'Assicurato deve:

- essere in vita al momento della diagnosi
- essere stato colpito da una delle malattie gravi previste dal presente Modulo e devono essere soddisfatti tutti i criteri descritti nella definizione di ogni singola malattia grave
- presentare tutta la documentazione necessaria ai fini della valutazione della malattia.

L'indennizzo è riconosciuto solo una volta e solo per una sola delle malattie gravi di seguito elencate, per l'intera durata della copertura assicurativa, (compresi i rinnovi).

Restano ferme le casistiche particolari previste in caso di malattia grave "Cancro".

A. Malattie gravi coperte sia per adulti (età uguale o superiore a 18 anni compiuti) sia per minori (età compresa tra 1 anno e 17 anni compiuti):

- Cancro: Diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (oncologo) con indicazione della stadiazione. Il cancro è un tumore maligno diagnosticato come tale dall'esame istopatologico. Il cancro comprende linfomi maligni e malattie maligne del midollo osseo inclusa la leucemia.

Sono inoltre incluse, con un indennizzo del solo 10% dell'ammontare del livello di copertura acquistato, le seguenti casistiche particolari:

- a. il cancro non invasivo
- b. i tumori classificati dalla AJCC come Stadio 1
- c. il cancro in situ o il carcinoma in situ (AJCC Tis, Ta o Stadio 0)

Se si verifica una delle tre condizioni sopra elencate viene liquidato il 10% dell'ammontare del livello di copertura acquistato.

Il contratto resta in vigore per eventuali altre malattie gravi a eccezione di una nuova condizione tra quelle sopra elencate (lettere a., b. e c.).

Il 10% del dell'ammontare del livello di copertura acquistato viene riconosciuto una sola volta per l'intera durata della copertura (rinnovi compresi).

In caso di cancro di Stadio AJCC 2 – 3 – 4 viene liquidato il 100% dell'indennizzo previsto dal livello di copertura acquistato, a prescindere dall'eventuale correlazione tra questo e il cancro di Stadio 0 o 1 già indennizzato ai sensi della lettera a., b. o c. di cui sopra.

- Insufficienza renale: Diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (nefrologo) di insufficienza renale terminale all'ultimo stadio di entrambi i reni. La diagnosi deve richiedere permanentemente dialisi regolare.
- Insufficienza epatica: Diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (gastroenterologo) di insufficienza epatica. La diagnosi deve attestare una patologia cronica del fegato che risulta in uno stadio terminale di insufficienza epatica dovuto a cirrosi. Devono essere presenti tutti i seguenti sintomi: ittero permanente, asciti, encefalopatia epatica.
- Trapianto d'organo: trapianto come ricevente di uno dei seguenti organi umani interi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, midollo osseo o inclusione in una lista ufficiale di trapianti italiana per tale intervento.
- Coma: Diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di coma. La diagnosi deve attestare uno stato di incoscienza permanente e irreversibile, caratterizzato dall'assenza di reazioni a stimoli esterni o bisogni interni. Lo stato di incoscienza deve:
 - a. richiedere l'utilizzo di sistemi di supporto delle funzionalità vitali per un periodo continuativo di almeno 96 ore
 - b. essere associato ad un deficit neurologico permanente, con persistenza della sintomatologia clinica.
- Paralisi di un arto intero: Diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di paralisi di un arto intero. La diagnosi deve attestare la perdita totale, permanente e irreversibile della funzionalità muscolare di un arto intero.
- Ustioni di terzo grado (da Infortunio): sono ustioni a tutto spessore con estensione alla profondità totale del derma provocando cicatrizzazione. L'ustione di terzo grado deve interessare almeno 20% della superficie corporea o metà del viso. La diagnosi e l'estensione della superficie ustionata deve essere confermata da uno specialista tramite utilizzo di tabelle di superficie corporea standardizzate e clinicamente riconosciute.
- Perdita anatomica di arti (da Infortunio): perdita accidentale o asportazione chirurgica permanente e totale di uno o più arti, del polso (o al di sopra del polso) o della caviglia (o al di sopra della caviglia) conseguente o resa necessaria da infortunio.
- Cecità: Diagnosi definitiva di cecità da parte dello specialista intesa come perdita totale, permanente e irreversibile della vista in entrambi gli occhi dovuta a trauma o malattia. L'esame della vista deve dimostrare una delle seguenti condizioni:
 - a. Visione nell'occhio migliore ridotta a un'acuità visiva corretta di meno di 1/10 (<0.1); oppure
 - b. Riduzione del campo visivo a 20 gradi o meno in entrambi gli occhi.
- Anemia aplastica: Diagnosi certa, da parte di uno specialista ematologo, di anemia aplastica irreversibile e di grado severo. Ci deve essere una cellularità midollare inferiore al 25% e almeno due dei seguenti criteri:

- a. Conta assoluta dei neutrofili inferiore a $0,5 \times 10^9/L$
- b. Conta piastrinica inferiore a $20 \times 10^9/L$ oppure
- c. Conta reticolociti inferiore a $20 \times 10^9/L$.

L'Assicurato deve essere in terapia continua da almeno 3 mesi con trasfusioni di prodotti ematici, fattori di crescita midollare o terapia di immunosoppressione, oppure deve aver ricevuto un trapianto di midollo o di cellule staminali emopoietiche per trattare l'insufficienza midollare.

B. Malattie gravi coperte solo per adulti (età uguale o superiore a 18 anni compiuti), in aggiunta alle malattie gravi sopra elencate al punto A. da a. - j:

- Infarto miocardico: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (cardiologo) di infarto miocardico acuto. L'infarto miocardico acuto è la morte di una parte del miocardio causata da un mancato apporto di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere confermata da un aumento e/o caduta dei biomarker cardiaci (Troponina I, Troponina T o CK-MB) rispetto al livello considerato diagnostico di infarto miocardico acuto e da almeno 2 dei seguenti criteri:
 - o segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un infarto miocardico acuto
 - o nuovi cambiamenti nell'ECG caratteristici di un infarto miocardico acuto
 - o riscontri nella diagnostica ad immagini di nuova perdita di vitalità del miocardio
 - o nuova anomalia del movimento della parete regionale.
- Ictus: Diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di ictus. L'ictus è la morte del tessuto cerebrale dovuta ad un apporto insufficiente di sangue o ad un'emorragia entrambi caratterizzati dalla comparsa improvvisa di nuovi riscontri neurologici, coerenti con la diagnosi di ictus, tali che devono persistere continuativamente ed essere oggettivamente riscontrabili almeno 60 giorni successivi all'Evento. Sono richiesti nuovi riscontri alla TAC o alla RMI tali da confermare la diagnosi di ictus.
- Malattia del motoneurone: Diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di una delle seguenti malattie del motoneurone in presenza di sintomi permanenti e irreversibili: Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Paralisi Bulbare Progressiva (PBP), Sclerosi Laterale Primaria (SLP), Atrofia Muscolare Progressiva (AMP). La diagnosi deve attestare a livello clinico la compromissione permanente e irreversibile della funzionalità motoria.
- Sclerosi multipla: Diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di Sclerosi Multipla in presenza di sintomi persistenti. La diagnosi deve attestare la presenza di una compromissione clinica della funzionalità motoria o sensoriale, con una durata continuativa di almeno 6 mesi.
- Morbo di Parkinson: Diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo, geriatra) di Morbo di Parkinson in presenza di sintomi permanenti. La diagnosi deve attestare a livello clinico la compromissione irreversibile della funzionalità motoria associata a tremore e/o rigidità muscolare.
- Morbo di Alzheimer: Diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo, psichiatra, geriatra) di Morbo di Alzheimer in presenza di sintomi permanenti e irreversibili. La diagnosi deve attestare a livello clinico la perdita permanente e irreversibile della capacità di svolgere tutte le seguenti attività:
 - o ricordare
 - o ragionare
 - o percepire, comprendere, esprimere e concretizzare idee e pensieri.
- Demenze causate da Alzheimer: demenze come sintomo e conseguenza dell'Alzheimer.

C. Malattie gravi coperte solo per minori (età compresa tra 1 anno e 17 anni compiuti), in aggiunta alle malattie gravi sopra elencate al punto A. da r. a v.:

- Paralisi Cerebrale: diagnosi certa, effettuata da parte di uno specialista, di disturbo neurologico non progressivo che colpisce il controllo muscolare. Questo disturbo è caratterizzato da spasticità e incapacità di coordinare i movimenti corporei.

- Cardiopatia Congenita: diagnosi certa, effettuata da parte di uno specialista, di almeno una delle seguenti patologie cardiache:
 - Coartazione dell'aorta
 - Anomalia di Ebstein
 - Sindrome di Eisenmenger
 - Tetralogia di Fallot
 - Trasposizione dei grandi vasi.

Periodo di sopravvivenza

L'Assicurato deve sopravvivere per i 30 giorni successivi alla data di diagnosi di una delle patologie cardiache sopra elencate.

Fibrosi Cistica

Per fibrosi cistica si intende una diagnosi certa di fibrosi cistica in cui l'Assicurato presenta una malattia polmonare cronica e un'insufficienza pancreatica.

Distrofia Muscolare

Per distrofia muscolare si intende una diagnosi certa di distrofia muscolare in cui l'Assicurato presenta anomalie neurologiche ben definite confermate dall'elettromiografia e dalla biopsia muscolare o da altri esami ritenuti validi/riconosciti in Italia che confermano la diagnosi.

Diabete di Tipo I

Per diabete mellito di tipo I si intende una diagnosi certa in cui l'Assicurato presenta una carenza totale di insulina e una dipendenza continua dall'insulina esogena per la sopravvivenza. La dipendenza dall'insulina deve persistere per un periodo continuo di almeno tre mesi.

Intesa Sanpaolo Protezione si riserva di richiedere, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione a supporto della richiesta di prestazione, conferma della diagnosi a una Struttura Sanitaria con sede in Italia se tale documentazione è stata prodotta in un Paese diverso da Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, Repubblica di San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

1.2. Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa, nei limiti di quanto previsto dal livello di copertura acquistato dal Cliente, le spese sostenute dall'Assicurato per l'acquisto o per il noleggio dei dispositivi di seguito indicati, se prescritti da medico specialista e resi necessari a seguito della Diagnosi di una delle patologie coperte dalla garanzia Malattie Gravi:

- a) Protesi, finalizzate a sostituire parti del corpo perse o non più funzionali (es. protesi di un arto)
- b) Presidi ossia dispositivi medici, apparecchiature sanitarie finalizzati a curare, riabilitare o a migliorare la qualità della vita a seguito di una patologia o disabilità (es. cateteri, sacche, cinture di contenimento)
- c) Ausili, finalizzati a supportare la funzionalità e l'autonomia nello svolgimento di attività quotidiane (es. carrozzina, stampelle)
- d) Ortesi ossia dispositivi che migliorano o supportano le funzionalità corporee (es. busto ortopedico, collare).

Intesa Sanpaolo Protezione inoltre rimborsa, nei limiti di quanto previsto dal livello di copertura acquistato dal Cliente, le spese sostenute dall'Assicurato per lo screening genetico, in favore dei figli, a seguito della Diagnosi di una delle patologie coperte della garanzia Malattie Gravi ed anche in assenza di prescrizione medica.

Si precisa che la garanzia si attiva esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato sia stato colpito da una delle malattie gravi previste nel Modulo e abbia diritto al pagamento dell'Indennizzo, secondo quanto stabilito dalle presenti condizioni contrattuali.

screening genetico consiste in un esame del DNA volto ad individuare specifiche mutazioni genetiche, utili per valutare la predisposizione di una persona a sviluppare una malattia genetica

1.3 Prestazioni Assistenziali in Network

Intesa Sanpaolo Protezione eroga le prestazioni socioassistenziali, attivabili 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, nei limiti di quanto previsto dal livello di copertura acquistato dal Cliente, se l'Assicurato si trova in una delle condizioni di seguito indicate e manifesta un'esigenza di assistenza a seguito della diagnosi di una delle patologie coperte dalla garanzia Malattie Gravi.

Le prestazioni di seguito indicate vengono erogate tramite la Centrale Operativa di International Care Company (ICC):

- a. Pensione/pet sitter in caso di ricovero del proprietario: In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato per un periodo superiore a tre giorni consecutivi, Intesa Sanpaolo Protezione garantisce l'organizzazione e la copertura delle spese per il servizio di pet sitting o per il soggiorno dell'animale domestico presso una pensione convenzionata. Il servizio assicura la custodia e la cura dell'animale per il periodo necessario, nei limiti e secondo le modalità previste dalle condizioni di polizza.
- b. Baby sitting in caso di ricovero: In caso di ricovero ospedaliero o impossibilità temporanea dell'Assicurato a prendersi cura dei propri figli minori a seguito di infortunio o malattia, Intesa Sanpaolo Protezione garantisce l'organizzazione e la copertura delle spese per un servizio di baby sitting. L'assistenza può essere fornita a domicilio o presso strutture specializzate, nei limiti e secondo le modalità previste dalle condizioni di polizza.
- c. Invio Taxi: la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, provvede all'organizzazione di un mezzo di trasporto non sanitario (es. taxi o NCC) per consentire lo spostamento dell'Assicurato stesso, senza necessità di ausili o presidi sanitari.
- d. Organizzazione ricovero e gestione dell'accompagnatore: la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce supporto nella ricerca, nella verifica della disponibilità e nella prenotazione di strutture sanitarie private per ricovero in Italia. L'organizzazione del servizio avviene per nome e conto dell'Assicurato, il quale rimane direttamente responsabile dei costi relativi al ricovero e alle prestazioni sanitarie erogate.

Si precisa che la garanzia si attiva esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato sia stato colpito da una delle Malattie Gravi previste nel Modulo e abbia ottenuto conferma da Intesa Sanpaolo Protezione che la sua richiesta di Indennizzo è stata accolta.

1.4 Trasporto sanitario attrezzato e con ausili in Network

Intesa Sanpaolo Protezione eroga le prestazioni di trasporto, attivabili 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, nei limiti di quanto indicato nelle condizioni di assicurazione, se l'Assicurato, a seguito della Diagnosi di una delle patologie coperte dalla garanzia Malattie Gravi (Art. 1.1), ha bisogno di assistenza.

Le prestazioni di seguito indicate vengono erogate tramite la Centrale Operativa di International Care Company (ICC):

- a. Accompagnamento visite
- b. Invio ambulanza non emergenza
- c. Trasporto sanitario barellato e non barellato
- d. Trasporto con ausili
- e. Accompagnamento extra domiciliare

Tali prestazioni prevedono il servizio di assistenza con costi a carico di Intesa Sanpaolo Protezione per il trasporto su tutto il territorio nazionale della persona assicurata, garantendo un servizio personalizzato in base alle specifiche esigenze mediche e logistiche. Il trasporto è effettuato con mezzi adeguati, selezionati in funzione della tipologia e gravità del caso, per assicurare la massima sicurezza e comfort durante il trasferimento.

Nel caso in cui sia necessario o previsto, il trasporto è accompagnato da un professionista sanitario (ad esempio, medico o infermiere) per garantire la sorveglianza e l'assistenza continuativa durante il viaggio. L'accompagnatore è scelto in base alle necessità della persona trasportata, in conformità con le indicazioni mediche o le condizioni del trasporto. Il mezzo utilizzato è scelto in base alle esigenze del trasporto, come ambulanze medicalizzate, veicoli attrezzati per persone con disabilità o altre modalità idonee. Il trasporto può comprendere la presenza di un medico, infermiere o altro professionista sanitario, se le condizioni del paziente o il tipo di trasporto lo richiedono.

Si precisa che la garanzia si attiva solo nel caso in cui l'Assicurato sia stato colpito da una delle Malattie Gravi previste nel Modulo e abbia ottenuto conferma da Intesa Sanpaolo Protezione che la sua richiesta di Indennizzo è stata accolta.

1.5. Second Opinion

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica necessaria in proprio possesso, può richiedere un secondo parere medico, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica (Second Opinion).



Il parere può riguardare esclusivamente le seguenti malattie gravi:

- Infarto miocardico
- Cancro
- Ictus
- Insufficienza renale
- Insufficienza epatica
- Trapianto d'organo
- Coma
- Malattia del motoneurone
- Sclerosi multipla
- Paralisi di un arto intero
- Perdita anatomica di arti
- Morbo di Parkinson
- Morbo di Alzheimer
- Demenze causate da Alzheimer
- Ustioni di 3° grado (da infortunio)
- Cecità totale
- Anemia aplastica
- Paralisi cerebrale
- Cardiopatia congenita
- Fibrosi cistica
- Distrofia muscolare
- Diabete di Tipo 1



L'Assicurato (o, se impossibilitato, chi agisce per suo conto) deve spiegare ai medici della Centrale Operativa il proprio caso e deve inviare la documentazione medica necessaria.

I medici della Centrale Operativa verificano la documentazione pervenuta e la inviano al centro medico convenzionato col Network specializzato in relazione alla patologia dell'Assicurato.

Entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa necessaria alla valutazione del caso clinico, la Centrale Operativa invia all'Assicurato la Second Opinion richiesta. La completezza della documentazione è attestata dalla Struttura Sanitaria incaricata, che comunica la presa in carico del caso e la propria possibilità di gestione.



Il predetto termine è sospeso e non decorre qualora la Struttura Sanitaria ritenga la documentazione non completa ovvero, a seguito di prima valutazione, non assuma la presa in carico per non competenza o per assenza di medico specialista; in tali ipotesi la Centrale Operativa provvede a richiedere all'Assicurato l'integrazione della documentazione mancante e risottopone il caso alla Struttura Sanitaria ovvero seleziona una nuova Struttura Sanitaria con nuova decorrenza del termine di 20 giorni lavorativi dalla successiva presa in carico con documentazione ritenuta completa.



Intesa Sanpaolo Protezione si fa carico delle spese per l'organizzazione e l'erogazione del servizio.

La Second Opinion può essere fornita una sola volta per l'intera durata della copertura assicurativa (rinnovi compresi).



La Second Opinion può essere richiesta entro 6 mesi dalla maturazione del diritto all'indennizzo cioè dal momento della prima diagnosi.

1.6 Visita specialistica di controllo in Assistenza diretta

La copertura prevede la possibilità di effettuare una visita specialistica gratuita per ciascuna annualità di polizza, per qualsiasi specializzazione, presso le strutture convenzionate del Network, sia per un consulto che per un mero controllo. Non è richiesto che la visita sia relativa alle malattie gravi previste nel Modulo. Non è richiesta la prescrizione medica.

1.7. Perdita di autosufficienza (valida solo per Assicurati di età uguale o superiore a 18 anni compiuti)

Intesa Sanpaolo Protezione paga un indennizzo in caso di perdita di autosufficienza solo se la perdita di autosufficienza è:

- accertata entro dodici mesi dalla data di prima diagnosi della malattia grave
 - permanente e irreversibile
 - causata da una sola delle seguenti malattie gravi indennizzabili ai sensi di polizza:
- a) Cancro
 - b) Insufficienza renale
 - c) Insufficienza epatica
 - d) Trapianto d'organo
 - e) Coma
 - f) Ustioni di 3° grado (da infortunio)
 - g) Perdita anatomica di arti (da infortunio)
 - h) Paralisi di un arto intero
 - i) Cecità totale (sia da malattia che da infortunio)
 - j) Anemia aplastica
 - k) Infarto miocardico
 - l) Ictus

È considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata e consolidata, di poter compiere quattro o più delle sei attività di vita quotidiana – di seguito elencate - senza l'assistenza di una terza persona:

1. **Lavarsi:** capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia)
2. **Vestirsi e Svestirsi:** capacità di mettersi, togliere, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento e, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici
3. **Andare al bagno e usarlo:** capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc)
4. **Spostarsi:** capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa
5. **Continenza:** la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente
6. **Alimentarsi:** la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri e di bere

L'indennizzo è riconosciuto una sola volta, per l'intera durata della copertura assicurativa (compresi gli eventuali rinnovi).



ARTICOLO 2. CHE COSA NON È ASSICURATO

2.1 Persone non assicurabili



Non è possibile assicurare le persone che al momento dell'acquisto del Modulo:

- a) abbiano meno di 1 anno compiuto
- b) abbiano più di 70 anni compiuti
- c) non siano residenti in Italia

- Minori

Non sono assicurabili le persone di età compresa fra 1 e 17 anni compiuti che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino in una o più delle seguenti condizioni:

- d) persone che hanno avuto o hanno patologie o conseguenze per cui è stata accertata la riconducibilità all'utilizzo di sostanze stupefacenti / alcol / farmaci nel periodo di gestazione
- e) persone che sono state trattate per abuso di alcol o sostanze stupefacenti o affette da sieropositività HIV
- f) persone che negli ultimi 5 anni (oppure per età inferiore a 5 anni, dall'età di nascita alla data di acquisto del Modulo) hanno ricevuto una diagnosi oppure si sono sottoposte ad accertamenti / hanno sofferto di uno o più delle seguenti malattie:
 - 1. cardiopatia congenita (Si considerano come rilevanti: coartazione dell'aorta, anomalia di Ebstein, Sindrome di Eisenmenger, Tetralogia di Fallot, Trasposizioni dei grandi vasi)
 - 2. paralisi cerebrale
 - 3. malattia del pancreas (escluso episodio singolo di pancreatite acuta totalmente guarito)
 - 4. malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, calcolosi colecistica, angioma epatico)
 - 5. Fibrosi cistica
 - 6. Malattia del sistema endocrino (compreso diabete) (escluse Tiroidite di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo e/o ipercolesterolemia)
 - 7. Malattia nefrologica (esclusi calcoli renali e cisti renali singole e semplici)
 - 8. Malattie degli occhi (ad esempio retinopatia, glaucoma, degenerazione maculare, cataratta bilaterale)
 - 9. Malattie ematologiche (ad esempio piastrinopenia, neutropenia, disturbi del midollo)
 - 10. paresi, paralisi o plegia, Ascessi intracranici, Idrocefalo, Encefaliti, Meningiti, Distrofia muscolare, Artrite reumatoide giovanile, malattia di Still, Artrite idiopatica giovanile
- g) persone che soffrono o hanno sofferto o hanno ricevuto cure per tumori o cancro (ad eccezione delle patologie oncologiche da cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione del Questionario Sanitario. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni OPPURE dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella GU Serie Generale n.96 del 24 aprile 2024. Qualora queste informazioni fossero a disposizione della Compagnia non potranno essere utilizzate per la valutazione del rischio)
- h) persone che nell'ultimo anno sono state sottoposte a trattamento (farmacologico e non), a visite specialistiche e/o indagini strumentali per sintomatologia senza aver ancora ricevuto una diagnosi certa
- i) persone che hanno presentato uno stato di coma
- j) persone a cui è stata riconosciuta un'invalidità civile o è stata fatta richiesta per ottenerla
- k) persone che hanno subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico (ad esclusione di: intervento del menisco, per riparazione di fratture, legamenti o tendini)
- l) persone che abbiano ricevuto un riscontro dal pediatra durante le regolari visite di controllo o hanno effettuato/è stata prescritta una visita specialistica per disturbi o ritardi nello sviluppo della funzione statica o dello sviluppo psicomotorio
- m) persone a cui è stato diagnosticato un disturbo della crescita e/o del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, binge eating)

- Adulti

Non sono assicurabili le persone di età compresa fra 18 anni e 70 anni compiuti che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino in una o più delle seguenti condizioni:

- n) svolgono una delle seguenti professioni:

- acrobata trapezista
 - artista controfigura
 - aviazione civile (piloti e membri di equipaggio)
 - chimico o fisico nel comparto dell'energia o della fabbricazione degli esplosivi
 - collaudatore di auto o motoveicoli dipendente di case automobilistiche e/o motociclistiche
 - guida alpina
 - addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali
 - operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare
 - operaio di impianti di energia nucleare
 - sommozzatore o palombaro
 - speleologo
 - titolare o dipendente con lavoro manuale (in cava con uso di esplodenti, in cantieri edili o in cantieri di sistemazione idraulica entrambi collocati in gallerie, pozzi e simili o che utilizzino esplodenti, in miniera)
 - elisoccorso
 - addetto alla disinfezione
 - addetto allo smaltimento dei rifiuti speciali (incluso amianto)
- o) persone che hanno fatto uso di sostanze stupefacenti, abuso di alcol, uso di farmaci non prescritti a seguito di terapie mediche o che sono state trattate per abuso di alcol o che sono affette da sieropositività HIV. Se tali stati si verificano dopo la sottoscrizione del Modulo, l'Assicurato lo deve comunicare a Intesa Sanpaolo Protezione e la copertura non è più operante
- p) persone che presentano un Indice di Massa Corporea (IMC) inferiore a 18,50 o maggiore di 31,00
- q) persone che soffrono o hanno sofferto o hanno ricevuto cure per tumori o cancro (ad eccezione delle patologie oncologiche da cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione del Questionario Sanitario. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni OPPURE dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella GU Serie Generale n.96 del 24 aprile 2024. Qualora queste informazioni fossero a disposizione della Compagnia non potranno essere utilizzate per la valutazione del rischio).
- r) persone che hanno presentato uno stato di coma
- s) persone con invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o che abbiano fatto domanda per ottenerla
- t) persone che hanno subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico (ad esclusione di: intervento del menisco, riparazione di fratture, legamenti o tendini)
- u) persone che negli ultimi cinque anni hanno ricevuto una diagnosi o si sono sottoposte ad accertamenti o hanno sofferto di una o più delle seguenti malattie:
1. malattia del fegato diversa da Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, calcolosi colecistica e/o angioma epatico
 2. malattia del sistema gastrointestinale (escluse stipsi, gastrite, ernia iatale, colite funzionale)
 3. malattia nefrologica (esclusi calcoli renali e cisti renali singole e semplici)
 4. malattia degli occhi (ad esempio retinopatia, glaucoma, degenerazione maculare, cataratta bilaterale)
 5. malattie ematologiche (ad esempio piastrinopenia, neutropenia, disturbi del midollo)
- v) persone che negli ultimi cinque anni si sono sottoposte a cure per una o più patologie non oncologiche fra quelle sotto indicate oppure persone che si stanno attualmente sottoponendo a cure per cui, dai riscontri ottenuti dal medico curante o dallo specialista, la/e patologia/e risultano non ancora controllate o stabilizzate:
1. malattia nefrologica (esclusi calcoli renali e cisti renali singole o semplici)
 2. malattia ematologica (ad esempio piastrinopenia, neutropenia, disturbi del midollo)
 3. malattia degli occhi (ad esempio retinopatia, glaucoma, degenerazione maculare, cataratta bilaterale)
 4. malattia cerebrovascolare (ad esempio ischemia, trombosi, emorragia)
 5. malattia del pancreas
 6. paralisi

- w) persone affette da: sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer, Morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, paresi o paralisi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, distrofia muscolare, demenza
- x) persone affette da Lupus eritematoso sistemico (LES)
- y) persone affette da Fibromialgia
- z) persone affette da Artrite psoriatica
- z1) persone affette da Artrite Reumatoide
- z2) persone che necessitano di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa)

Non è inoltre assicurabile la persona che presenta, al momento della compilazione del Questionario Sanitario, almeno sei delle seguenti condizioni:

- a) Negli ultimi 5 anni ha ricevuto una diagnosi o si è sottoposto ad accertamenti o ha sofferto di una o più delle seguenti malattie:
 - 1. malattia cardiovascolare (escluse ipertensione in compenso farmacologico, pericardite acuta totalmente guarita)
 - 2. malattia cerebrovascolare (ad esempio, ischemia, trombosi, emorragia)
 - 3. malattia del pancreas (escluso episodio singolo di pancreatite acuta totalmente guarita)
 - 4. malattia del/i polmone/i (escluse: asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite)
 - 5. malattia del sistema urologico, urogenitale (escluse: ipertrofia prostatica benigna, cistite totalmente guarita)
 - 6. malattia del sistema endocrino (compreso diabete) (esclusi Tiroidite di Hashimoto, gozzo, iperparatiroidismo, ipercolesterolemia)
- b) Negli ultimi 5 anni si sono sottoposte a cure per una o più patologie non oncologiche fra quelle sottoindicate oppure si stanno attualmente sottoponendo a cure per cui, dai riscontri ottenuti dal medico curante o dallo specialista, la/e patologia/e risultano non ancora controllate o stabilizzate:
 - 1. malattia cardiovascolare (escluse ipertensione in compenso farmacologico, pericardite acuta totalmente guarita)
 - 2. malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica, angioma epatico)
 - 3. malattia del/i polmone/i (escluse: asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite)
 - 4. malattia del sistema urologico, urogenitale (escluse: ipertrofia prostatica benigna, cistite totalmente guarita)
 - 5. malattie del sistema endocrino (compreso diabete)
 - 6. malattie del sistema osteo-articolare (esclusa artrosi e osteoporosi)
- c) Sono state sottoposte o si stanno sottoponendo a cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi (ad es. farmaci) per Malattie del sistema urologico, urogenitale (escluse: ipertrofia prostatica benigna, cistite totalmente guarita)
- d) Sono state sottoposte o si stanno sottoponendo a cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi (ad es. farmaci) per Malattie del sistema endocrino (compreso diabete)
- e) Sono state sottoposte o si stanno sottoponendo a cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi (ad es. farmaci) per Malattie del sistema osteo-articolare (escluse artrosi e osteoporosi)
- f) Sono state impossibilitate, negli ultimi 2 anni, a svolgere le proprie 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
- g) Sono affette da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad es. artrite, ernie discali)
- h) Sono affette da connettivite mista e/o indifferenziata
- i) Sono affette da poliartrite nodosa
- j) Sono affette da sclerodermia.



2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

È esclusa dalla garanzia l'insorgenza di una malattia grave causata direttamente o indirettamente da:

- a) attività dolosa del Cliente o Assicurato
- b) partecipazione dell'Assicurato o del Cliente a delitti dolosi
- c) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti
- d) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, esposizione volontaria al pericolo, mancato attenersi a prescrizioni o consigli medici
- e) abuso di alcol o farmaci, uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o allucinogeni
- f) infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dalla Data di Decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione.
- g) infortuni causati in stato di ebbrezza (come definito dal Codice della Strada) alla guida di veicoli a motore, veicoli a propulsione muscolare o in conseguenza di proprie azioni delittuose
- h) infortuni avvenuti durante la pratica (comprese gare professionalistiche e relative corse, prove ed allenamenti) dei seguenti sport (esercitati sia a carattere professionale che non): pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, salto dal trampolino con sci od idroscì, sci o idroscì acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, hockey, rugby, football americano, kitesurfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), mountain bike e "downhill", comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore;
- i) Lo svolgimento, a qualsiasi titolo (es. volontariato, tempo libero), delle attività che vengono normalmente esercitate nell'ambito delle seguenti professioni:
 - acrobata trapezista
 - artista controfigura
 - aviazione civile (piloti e membri di equipaggio)
 - chimico o fisico nel comparto dell'energia o della fabbricazione degli esplosivi
 - collaudatore di auto o motoveicoli dipendente di case automobilistiche e/o motociclistiche
 - guida alpina
 - addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali
 - operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare
 - operaio di impianti di energia nucleare
 - sommozzatore o palombaro
 - speleologo
 - titolare o dipendente con lavoro manuale (in cava con uso di esplodenti, in cantieri edili o in cantieri di sistemazione idraulica entrambi collocati in gallerie, pozzi e simili o che utilizzino esplodenti, in miniera)
 - elisoccorso
 - addetto alla disinfezione
 - addetto allo smaltimento dei rifiuti speciali (incluso amianto)



2.3 Esclusioni e limitazioni per Malattie Gravi

Sono escluse le seguenti patologie:

CANCRO

- tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni, borderline o a basso potenziale di malignità, tutti i gradi di displasia, tutte le lesioni squamose intraepiteliali (HSIL e LSIL) e tutte le neoplasie intra-epiteliali;
- Carcinoma basocellulare e squamocellulare della pelle e dermatofibrosarcoma protuberante indipendentemente dallo stadio
- Cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (saliva, feci, urina...) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili

- leucemie che non richiedono trattamento con trasfusioni ricorrenti, flebotomie terapeutiche, chemioterapia, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo o trapianto di cellule staminali ematopoietiche
- TRAPIANTO D'ORGANO**
- il trapianto di parti di organi, tessuti o cellule
 - il trapianto parziale o l'impiego di cellule staminali
- COMA**
- il coma farmacologico
 - il coma secondario legato all'abuso di alcool o sostanze stupefacenti.
- USTONI DI TERZO GRADO**
- ustioni di terzo grado che interessano meno del 20% della superficie corporea o meno della metà del viso.
- CECITA'**
- cecità correggibile mediante ausili o procedura medico-chirurgica
- ANEMIA APLASTICA**
- l'anemia aplastica temporanea
 - l'anemia aplastica reversibile
- INFARTO MIOCARDICO**
- altre sindromi coronariche acute diverse dall'infarto miocardico
 - angina senza infarto miocardico
- ICTUS**
- Attacco ischemico transitorio (TIA);
 - lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni;
 - emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente; anomalie riscontrate alla TAC o alla RMI in assenza di chiara sintomatologia clinica di ictus e relativi deficit neurologici
- MORBO DI PARKINSON**
- Sindrome Parkinsoniana e Parkinsonismo
- MORBO DI ALZHEIMER**
- altre forme di demenza diverse dal Morbo di Alzheimer
- DEMENZE CAUSATE DA ALZHEIMER**
- altre forme di demenza non dovute ad Alzheimer
- PARALISI CELEBRALE**
- Diagnosi avvenuta dopo che l'Assicurato abbia compiuto 18 anni
- CARDIOPATIA CONGENITA**
- diagnosi avvenuta dopo che l'Assicurato abbia compiuto 18 anni
 - diagnosi non accompagnata da diagnostica per immagini cardiaca;
 - Sopravvivenza inferiore a 30 giorni successivi alla data di diagnosi
- FIBROSI CISTICA**
- diagnosi avvenuta dopo che l'Assicurato abbia compiuto 18 anni
 - diagnosi non eseguita da uno specialista
- DISTROFIA MUSCOLARE**
- diagnosi avvenuta dopo che l'Assicurato abbia compiuto 18 anni
 - diagnosi non eseguita da uno specialista
- DIABETE DI TIPO 1**
- dipendenza non continua dall'insulina esogena per la sopravvivenza
 - dipendenza dall'insulina per un periodo continuo inferiore a tre mesi.
 - diagnosi avvenuta dopo che l'Assicurato abbia compiuto 18 anni
 - diagnosi non eseguita da uno specialista

ARTICOLO 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE

Non sono previsti franchigie e scoperti per le garanzie incluse nel presente Modulo.

ARTICOLO 4. DOVE VALGONO COPERTURE

Le garanzie: "Malattie Gravi", "Perdita di autosufficienza", "Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico" valgono in tutto il mondo.

Le garanzie "Visita specialistica di controllo", "Second Opinion", "Prestazioni assistenziali" possono essere effettuate solo in Italia.

I rimborsi o indennizzi sono pagati in euro.

ARTICOLO 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

Intesa Sanpaolo Protezione presta le coperture del Modulo sulla base delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato fatte al momento della stipula del contratto e della compilazione del Questionario Sanitario.

Se il Contraente o l'Assicurato non comunica, o comunica in modo inesatto, circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio (ad esempio, condizioni relative al proprio stato di salute o alla professione svolta) può perdere in tutto o in parte il diritto alle prestazioni assicurate.

Intesa Sanpaolo Protezione

- Rifiuta le prestazioni assicurate o il pagamento dell'indennizzo e chiedere l'annullamento del contratto
- paga il sinistro riducendolo in proporzione al minor premio percepito e recede dal contratto, se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave.

Il Cliente, l'Assicurato, i relativi familiari e aventi diritto consentono a Intesa Sanpaolo Protezione 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

ARTICOLO 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE

Le coperture cominciano alle ore 24 della data indicata nel Modulo di Polizza o nell'Appendice contrattuale, a condizione che il Premio sia stato pagato, ferme le carenze di cui al successivo Art. 6.1 e finiscono alla data di scadenza della polizza.

Se l'Assicurato, durante il periodo di validità della copertura, diventa alcolista, tossicodipendente o affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate (salvo quanto normato all'art. 2.2 lettera f), cambia professione e rientra in una delle professioni non assicurabili di cui all'art. 2.1, o se sposta la propria residenza all'estero successivamente all'acquisto del Modulo, le coperture del Modulo terminano alla data dell'evento.

Il Modulo si estingue alla prima scadenza annuale della polizza se viene pagato all'Assicurato l'intero indennizzo (restano ferme le casistiche particolari previste in caso di malattia grave "Cancro") previsto per la garanzia "Malattie Gravi".

Prima della scadenza annuale della polizza restano comunque attive le sole garanzie "Visita specialistica di controllo" e "Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico"

Per la garanzia "Perdita di autosufficienza": l'indennizzo può essere riconosciuto anche dopo la cessazione del Modulo, a condizione che lo stato di Perdita di autosufficienza sia accertato entro 12 (dodici) mesi dalla data di Diagnosi della malattia grave, per la quale Intesa Sanpaolo Protezione ha riconosciuto l'intero indennizzo.

Se non viene accertato lo stato di Perdita di autosufficienza entro il limite temporale di 12 (dodici) mesi - dalla data di Diagnosi della malattia grave - non potrà più essere riconosciuto l'indennizzo.

Per la garanzia Prestazioni Assistenziali, le prestazioni possono essere richieste anche dopo la cessazione del Modulo, entro 12 mesi successivi al riconoscimento dell'indennizzo per malattia grave. In tal caso ICC può autorizzare un Piano di Assistenza Individuale (d'ora in PAI) che abbia decorrenza anche successiva alla scadenza di annualità di polizza, a condizione che l'assicurato ne abbia richiesto l'attivazione entro 12 mesi successivi alla scadenza della copertura del modulo (se non rinnovata o non rinnovabile).

Per la garanzia Second Opinion, la prestazione può essere richiesta entro 6 mesi dalla maturazione del diritto all'indennizzo, cioè dal momento della prima diagnosi, anche nel caso in cui il Modulo si sia estinto a seguito del riconoscimento dell'Indennizzo per una delle gravi malattie.

Successivamente alla scadenza annuale di polizza, nel rispetto della prescrizione di due anni, il cliente potrà richiedere il rimborso delle spese sostenute in vigore di copertura assicurativa e relative alla Garanzia Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico

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

Alla scadenza di ciascuna annualità di polizza le coperture si rinnovano di anno in anno, a meno che il Cliente o Intesa Sanpaolo Protezione dia disdetta dalla polizza o dal Modulo nei tempi e con le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione della polizza.



In ogni caso, al compimento dei 71 anni dell'Assicurato, alla successiva scadenza della annualità di polizza, le coperture del Modulo non sono più rinnovabili.

Facciamo degli esempi

1. Il Cliente sottoscrive XME Protezione il 31/01/2026 e acquista contestualmente il Modulo Ricoveri e interventi. Il 10 ottobre 2027 acquista anche il Modulo Malattie Gravi Extra. In assenza di disdetta della polizza o dei Moduli le coperture di entrambi i Moduli si rinnovano tacitamente di anno in anno

2. Il Cliente sottoscrive XME Protezione il 31/03/2026 e acquista contestualmente il Modulo Malattie Gravi Extra. Il 31/10/2026 gli viene riconosciuto l'indennizzo per una delle gravi malattie. Il Modulo Malattie Gravi Extra cessa alla data del 31/03/2027. Il Cliente in tal caso:

- ha tempo fino al 31/03/2027 per richiedere ed effettuare la visita specialistica di controllo in forma diretta
- ha tempo fino al 31/03/2027 per acquistare o noleggiare protesi o ausili e potrà richiederne il rimborso entro due anni dalla data in cui è stata sostenuta la spesa.

6.1 Carenze

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.

La garanzia è operante ed effettiva, salvo le Esclusioni indicate nel precedente art. 2:

- dalle ore 24 dalla data di decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale per malattie gravi derivanti da Infortunio, quali:
 - Ustioni 3 grado da Infortunio
 - Perdita anatomica degli arti da Infortunio
 - Cecità totale da Infortunio
- dal 90° giorno successivo alla data di decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale per le malattie gravi:
 - Insufficienza renale
 - Insufficienza epatica
 - Trapianto d'organo
 - Coma
 - Paralisi di un arto intero
 - Anemia aplastica
 - Cecità totale da malattia
 - Ictus
 - Infarto miocardico
 - Paralisi Cerebrale
 - Cardiopatia congenita
 - Fibrosi cistica
 - Distrofia muscolare
 - Diabete tipo 1
- dal 180° giorno successivo alla data di decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale per le malattie gravi degenerative, quali:
 - Cancro
 - Morbo di Alzheimer
 - Morbo di Parkinson
 - Sclerosi Multipla
 - Malattia del Motoneurone

- Demenze causate da Alzheimer
- dal 180° giorno successivo alla data di decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale per la perdita di autosufficienza



Si precisa che in caso di eventuali consultazioni mediche, esami strumentali, terapie farmacologiche o fisiche, prescritte o eseguite:

- prima della data di decorrenza del Modulo (o dell'Appendice contrattuale) oppure
- durante il periodo di carenza previsto dalla Polizza

e da cui sia conseguita diagnosi di una malattia grave, la copertura per la malattia grave diagnosticata, anche dopo il periodo di carenza (90 o 180 giorni), non opera per tutte le garanzie previste nel presente Modulo, ad eccezione della garanzia "Visita specialistica di controllo in forma diretta".

Analogamente a quanto sopra, in caso di variazione del contratto (in continuità di copertura) per aumento il livello di copertura (esempio passaggio da livello GOLD € 200.000 a livello PLATINUM € 300.000) se si riscontrano consultazioni mediche, esami strumentali, terapie farmacologiche o fisiche relativi alla malattia grave coperta dal presente Modulo effettuati:

- prima della data di decorrenza del nuovo livello di Indennizzo oppure
- durante il periodo di carenza (calcolato a partire dalla data di decorrenza del nuovo livello di Indennizzo)

l'eventuale indennizzo, se dovuto, è riconosciuto nel limite del livello di Indennizzo precedente, anche qualora la diagnosi sia avvenuta dopo la data di decorrenza del nuovo livello di indennizzo.

Tale condizione si applica sia alla garanzia "Gravi Malattie" sia alla garanzia "Perdita di autosufficienza".

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.

I criteri di incremento e variazione del premio in funzione dell'età dell'Assicurato e delle variazioni di garanzie previste al primo rinnovo annuale del Modulo successivo al compimento dei 18 anni, sono indicati nell'Allegato 2 – Tabella dei coefficienti, che è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

ARTICOLO 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Intesa Sanpaolo Protezione può variare i coefficienti per il calcolo del premio del Modulo, dandone comunicazione al Cliente, almeno 60 giorni prima della scadenza delle coperture. Il pagamento del premio equivale a manifestazione di volontà di accettazione della modifica del premio. In alternativa, entro la data di scadenza della polizza, il Cliente può comunicare a Intesa Sanpaolo Protezione o alla Banca la disdetta del Modulo.

ARTICOLO 8.1. VARIAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE



Il Cliente può richiedere la variazione del Livello di copertura fra quelli previsti per il presente Modulo a condizione che la versione del Modulo sia ancora in vendita al momento della richiesta. A fronte della richiesta, Intesa Sanpaolo Protezione stabilisce le condizioni per la variazione e, in caso di accettazione da parte del Cliente, emette apposita Appendice Contrattuale.



ARTICOLO 9. OBLIGHI DELL'ASSICURATO

Fermo quanto previsto all'art. 6, l'Assicurato che, in corso di validità del Modulo, diventi alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate o sposti la propria residenza all'estero oppure cambi professione rientrando in una di quelle non assicurabili di cui all'art. 2.1, perde il diritto alla copertura assicurativa. Ove tali circostanze vengano comunicate a Intesa Sanpaolo Protezione il Modulo sarà annullato con effetto dalla data di ricezione della comunicazione. Ricevuta tale comunicazione, non è più dovuto il premio del Modulo e Intesa Sanpaolo Protezione restituisce al Cliente i premi eventualmente incassati dopo la ricezione della comunicazione. I sinistri verificatisi in un momento successivo a quello in cui si verifica la circostanza da cui deriva la cessazione del Modulo non sono comunque indennizzabili.

L'Assicurato deve inoltre comunicare se viene revocato o modificato il provvedimento di affido, in modo che Intesa Sanpaolo Protezione valuti se il minore in affido possa restare in copertura.

Le comunicazioni devono essere inviate per iscritto a: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. - via San Francesco d'Assisi, 10, 10122 Torino.

Sezione III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

ARTICOLO 10. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o qualsiasi altra persona avente titolo (es. familiare, amministratore di sostegno, tutore) può attivare le prestazioni assicurative e denunciare un sinistro secondo le modalità di seguito indicate:

10.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di Assistenza diretta

10.1.1 Modalità per richiedere la visita specialistica di controllo

La visita specialistica di controllo può essere effettuata solo in Assistenza diretta.

Per richiedere la visita specialistica di controllo ed effettuare l'apertura di sinistro l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa:

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- tipologia di visita specialistica da effettuare

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito www.intesasanpaoloprotezione.com, sull'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, sull'Internet Banking di Intesa Sanpaolo o telefonando al numero 800.124.124. L'elenco dei medici convenzionati si può consultare dall'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, dall'Internet Banking di Intesa Sanpaolo o telefonando al numero 800.124.124.



L'Assicurato deve:

- prima scegliere la Struttura o il medico del Network presso cui eseguire la prestazione e fissare la data della prestazione
- poi chiedere a Intesa Sanpaolo Protezione l'autorizzazione all'erogazione della prestazione, indicando la Struttura scelta o il medico e la data fissata.

Intesa Sanpaolo Protezione rilascia l'autorizzazione alla prestazione entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa.

Se Intesa Sanpaolo Protezione conclude positivamente i controlli di natura amministrativa, invia all'Assicurato l'autorizzazione alle prestazioni in assistenza diretta tramite e-mail e notifica tramite App (oppure tramite sms, se espressamente richiesto). Contestualmente informa anche la struttura convenzionata individuata. Se l'Assicurato non dispone di uno smartphone deve stampare l'autorizzazione ricevuta per poterla consegnare alla struttura sanitaria e accedere alla prestazione.

All'interno dell'SMS, dell'e-mail o della notifica tramite App saranno presenti i dettagli dell'autorizzazione ricevuta.



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

Intesa Sanpaolo Protezione effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

10.1.1.1 Ricerca della Struttura

L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, l'Internet Banking di Intesa Sanpaolo, sul sito internet www.intesasanpaoloprotezione.com o telefonando alla Centrale Operativa. Intesa Sanpaolo Protezione indica, se disponibili nel territorio, le strutture sanitarie convenzionate in grado di garantire la prestazione.

Importante per lei:

Per poter usufruire delle prestazioni in prossimità della scadenza della copertura assicurativa, è importante chiedere per tempo il rilascio dell'autorizzazione perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

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

Facciamo un esempio

Esempio: se la scadenza del Modulo è il 30 novembre e l'autorizzazione è stata rilasciata il 10 Novembre, la prestazione deve essere eseguita entro i 20 giorni successivi.



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

10.1.1.2 Validità e rimissione dell'autorizzazione

L'autorizzazione è valida 30 giorni dalla data di rilascio. È possibile modificare in autonomia, entro tale periodo e salvo scadenza contrattuale di polizza, la data di prestazione contattando direttamente la struttura convenzionata.

Superato tale termine, l'Assicurato deve richiedere il rilascio di una nuova autorizzazione alla Centrale Operativa.

10.1.1.3 Annullamento dell'autorizzazione

L'Assicurato può annullare l'autorizzazione dall'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, dall'Internet Banking di Intesa Sanpaolo o contattando la Centrale Operativa.



10.1.1.4 Accesso a una struttura convenzionata senza preventiva autorizzazione

L'Assicurato può effettuare la visita specialistica di controllo solo se rispetta la procedura di accesso alla prestazione in Assistenza diretta. Se l'Assicurato effettua la visita comunque anticipando la spesa, non può chiederne il rimborso.

10.1.2 Per richiedere la Second Opinion

Per richiedere la Second opinion, l'Assicurato (o, se impossibilitato, chi agisce per suo conto) deve contattare Intesa Sanpaolo Protezione chiamando i numeri: dall'Italia: 800.124.124 dall'Ester: +39 02.30328013 e inviare la documentazione medica intestata all'Assicurato. La Centrale Operativa è disponibile da lunedì a venerdì dalle ore 8.30 alle 20.00.

La Centrale Operativa, verificata la documentazione pervenuta, la invia al centro medico convenzionato con il Network e specializzato in relazione alla patologia dell'Assicurato.

Entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione, la Centrale Operativa invia all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica.

Intesa Sanpaolo Protezione si fa carico delle spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio.



10.1.3 Richiedere le Prestazioni Assistenziali in Network e il Trasporto sanitario attrezzato e con ausili in Network

Per attivare le prestazioni assistenziali e il trasporto sanitario ed effettuare la denuncia di sinistro l'Assicurato deve:

 contattare la Centrale Operativa attiva 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 ai numeri 800.124.124 (dall'Italia) o +39 02.30.32.80.13 (dall'estero)

 utilizzare l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni.

L'Assicurato deve indicare con precisione:

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

ICC apre il sinistro e inoltra un'e-mail all'Assicurato (o all'indirizzo e-mail fornito in occasione del primo contatto) richiedendo la documentazione e i certificati medici necessari da cui si evinca la diagnosi di una delle gravi malattie previste in copertura.

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

10.1.3.1. Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

L'Assicurato invia la documentazione medica che ha portato alla diagnosi di una delle gravi malattie previste dalla Garanzia Gravi Malattie, come ad esempio:

- certificato medico completo di diagnosi
- documentazione sanitaria relativa alla patologia
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali)

10.2 Procedura per richiedere il pagamento degli indennizzi per Malattie Gravi e Perdita di autosufficienza e per il rimborso delle spese per la garanzia Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico

L'Assicurato o qualsiasi altra persona che agisce per suo conto (es. familiare, amministratore di sostegno, tutore) può richiedere l'indennizzo per Malattie gravi:

 utilizzando l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni

 utilizzando l'Internet Banking di Intesa Sanpaolo o l'Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Protezione

oppure per iscritto tramite:

 mail a sinistrixmp@insaluteservizi.com

 raccomandata A/R a Intesa Sanpaolo Protezione c/o InSalute Servizi Via San Francesco d'Assisi, 10 10122 Torino

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

10.2.1. Documenti da trasmettere per richiedere il pagamento dell'Indennizzo per Malattie Gravi

Per ottenere l'indennizzo, l'Assicurato o qualsiasi altra persona che agisce per suo conto (es. familiare, amministratore di sostegno, tutore) deve inviare la richiesta allegando la documentazione medica comprovante la prima diagnosi di una delle malattie gravi previste dal presente Modulo. In ogni caso, l'Assicurato deve allegare alla richiesta di indennizzo copia dei seguenti documenti:

- dichiarazione del medico specialista che attesti la diagnosi di una delle malattie gravi elencate nel presente Modulo e dalla quale si evinca la data di prima diagnosi
- altra documentazione medica necessaria alla valutazione del sinistro, con particolare riferimento a ricoveri, consultazioni mediche, esami strumentali, terapie farmacologiche o fisiche, prescritte o eseguite ai fini della diagnosi e relativi referti.
- In caso di eventi derivanti da infortunio, referto del Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'evento o in mancanza certificato emesso da una struttura sanitaria pubblica o privata e idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, referti medico legali, ecc)
- Nel caso in cui l'Assicurato decida di inviare la propria richiesta mediante casella mail o in forma scritta, unitamente alla documentazione medica, l'Assicurato dovrà presentare denuncia scritta contenente le informazioni relative al sinistro. Al fine di facilitare la corretta redazione della denuncia, è disponibile sul sito www.intesasanpaoloprotezione.com il Modulo di denuncia per la richiesta di indennizzo

La Centrale Operativa analizza tutta la documentazione e valuta se richiedere ulteriore documentazione (anche in originale) se gli elementi che descrivono la malattia grave dell'Assicurato non risultano sufficienti per completare la valutazione. Intesa Sanpaolo Protezione si riserva la facoltà di fare verificare l'accertamento della malattia grave dell'Assicurato da parte di consulenti medici di propria fiducia.

10.2.2. Documenti da trasmettere per richiedere il pagamento dell'Indennizzo per Perdita di autosufficienza

Per ottenere l'indennizzo per Perdita di autosufficienza l'Assicurato o qualsiasi altra persona avente titolo (es. familiare, amministratore di sostegno, tutore) deve inviare la richiesta allegando la documentazione medica comprovante lo stato di perdita di autosufficienza derivante da una delle malattie gravi previste dalla Garanzia "Perdita di autosufficienza" e per la quale Intesa Sanpaolo Protezione abbia accolto la richiesta d'Indennizzo.

Lo stato di Perdita di autosufficienza deve comunque essere accertato entro 12 mesi dalla data di Diagnosi della malattia grave.

In ogni caso, l'Assicurato deve allegare alla richiesta di indennizzo copia dei seguenti documenti:

- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) dalla quale si evinca la patologia o l'evento causa della perdita dell'autosufficienza
- lettera di dimissione ospedaliera, in caso di ricovero per malattia o infortunio che ha determinato lo stato di Perdita di autosufficienza
- certificato che attesti la perdita di autosufficienza, redatto dal medico curante o dal Medico ospedaliero
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza e il Questionario per il calcolo dell'indice ADL (ACTIVITIES OF DAILY LIVING) redatto dal Medico curante o dal Medico Specialista che esponga l'insorgenza dello stato di perdita di autosufficienza dell'Assicurato, l'origine dell'evento (es. incidentale o patologica)
- nel caso in cui la perdita di autosufficienza insorga a seguito di infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale o sul lavoro, incidenti non sul lavoro, ecc) in aggiunta alle precedenti, va prodotta idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, referti medico legali, ecc)
- In caso di infortunio, referto del Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'evento o in mancanza certificato emesso da struttura sanitaria pubblica o privata
- Nel caso in cui l'Assicurato decida di inviare la propria richiesta mediante casella mail o in forma scritta, unitamente alla documentazione medica, l'Assicurato dovrà presentare denuncia scritta contenente le informazioni relative al sinistro. Al fine di facilitare la corretta redazione della denuncia, è disponibile sul sito www.intesasanpaoloprotezione.com il Modulo di denuncia per la richiesta di indennizzo.

La Centrale Operativa analizza tutta la documentazione e valuta se richiedere ulteriore documentazione (anche in originale) se gli elementi che descrivono la perdita di autosufficienza malattia grave dell'Assicurato non risultano sufficienti per completare la valutazione. Intesa Sanpaolo Protezione si riserva la facoltà di fare verificare l'accertamento della perdita di autosufficienza malattia grave dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia.

10.2.3. Documenti da trasmettere per richiedere il rimborso delle spese per la garanzia Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato può inviare la propria richiesta allegando copia dei seguenti documenti:

- documentazione quietanzata del pagamento delle spese sostenute (fatture, parcelle, ricevute, scontrini), emessa da Centro specializzato nel noleggio o vendita di presidi, protesi ausili e ortesi. I documenti di spesa devono riportare in modo evidente e leggibile la ragione sociale della società emittente e la data in cui è stato effettuato l'acquisto. Nel caso di screening genetico, la fattura emessa da Istituto di Cura o da Centro Medico dovrà inoltre riportare il nome del beneficiario dello screening. La documentazione di spesa deve riportare 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
- prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesti la necessità di utilizzo di protesi, presidi, ausili o ortesi in ragione della grave malattia diagnostica all'Assicurato e prevista dal presente Modulo. La prescrizione deve essere rilasciata dal medico di base o da un medico specialista. Nel caso di richiesta di rimborso per screening genetico non è richiesta la prescrizione medica.

Intesa Sanpaolo Protezione può richiedere all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se la documentazione giustificativa è incompleta.

Se l'Assicurato non integra la documentazione entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di Intesa Sanpaolo Protezione, il sinistro non è accolto, ma la richiesta di indennizzo può essere ripresentata.

10.3 Data dell'evento

Per Data Evento si intende:

- Quella della prima diagnosi di una delle gravi malattie indicate nel Modulo per la richiesta di indennizzo per la Garanzia Malattie Gravi
- per solo evento "trapianto di organo", la data evento è quella in cui l'Assicurato viene inserito nelle liste d'attesa ufficiali di trapianti italiane o quella del trapianto se non c'è stato l'inserimento nelle predette liste
- quella del riconoscimento della perdita di autosufficienza permanente e irreversibile per richiedere il relativo indennizzo per la Garanzia Perdita di autosufficienza
- quella della richiesta di Second Opinion per il secondo parere medico
- quella della visita per la visita di controllo
- quella della data di erogazione delle prestazioni assistenziali o del trasporto per la Garanzia Prestazioni Assistenziali in Network e il Trasporto sanitario attrezzato e con ausili in Network
- quella della fattura, della ricevuta o dello scontrino per la Garanzia Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico.

10.4 Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'italiano e dall'inglese deve essere accompagnata da traduzione asseverata in italiano.

10.5 Accertamenti di Intesa Sanpaolo Protezione

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti di Intesa Sanpaolo Protezione, fornire ogni informazione necessaria e presentare la documentazione medica richiesta.

Inoltre, l'Assicurato e, nel caso, i suoi familiari o gli aventi diritto, devono consentire la visita dei medici incaricati di Intesa Sanpaolo Protezione e qualsiasi indagine o accertamento ritenuti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato.



Si parla di traduzione asseverata quando il traduttore di un documento si reca davanti a un pubblico ufficiale (Notaio o Cancelliere del Tribunale) e giura di aver tradotto fedelmente il documento assegnatogli.

Il traduttore e il pubblico ufficiale firmano congiuntamente un verbale che attesta l'avvenuto giuramento. Tale verbale viene allegato al testo tradotto e al testo originale. La sottoscrizione del verbale implica l'assunzione della responsabilità sulla traduzione, sia civile che penale, da parte dello stesso traduttore



L'accertamento può essere disposto:

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi a partire dalla denuncia di sinistro completa.

10.6 Decesso dell'Assicurato

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

- avvisare Intesa Sanpaolo Protezione il prima possibile
- presentare ulteriore documentazione quale:
 - certificato di morte dell'Assicurato
 - copia autenticata del testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - gli estremi del testamento
 - la dichiarazione che il testamento sia l'ultimo valido e non impugnato
 - l'indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
 - se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà resa dal soggetto interessato ad un pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - che non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritti o quote di eredità
 - se ci sono aventi diritto minorenni o incapaci di agire: copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Intesa Sanpaolo Protezione a liquidare l'Indennizzo previsto dal livello di copertura acquistato agli aventi diritto
 - fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale di ciascun aventure diritto
 - dichiarazione sottoscritta da tutti gli aventi diritto, con l'indicazione di un unico codice IBAN su cui effettuare il bonifico per indennizzare i sinistri presentati e riconosciuti indennizzabili o gli eventuali indennizzi non ancora presentati al momento del decesso.

10.7 Imposte e oneri amministrativi

Sono carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura.
- eventuali costi per effettuare la traduzione asseverata della documentazione.

ARTICOLO 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI

Assistenza diretta

Se sono superati positivamente i controlli amministrativi e medici, Intesa Sanpaolo Protezione rilascia l'autorizzazione alla prestazione entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa e della data della prestazione. In caso di richiesta di integrazione della documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni per il rilascio dell'autorizzazione decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa e della data della prestazione. Nell'autorizzazione sono evidenziate le eventuali spese a carico dell'Assicurato.

Per la **Second Opinion**, entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta e della relativa documentazione medica, la Centrale Operativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica.

Regime indennitario

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione completa relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, Intesa Sanpaolo Protezione determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato entro 30 giorni e avuta notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni. Intesa Sanpaolo Protezione restituisce gli eventuali originali ricevuti. Dopo questo periodo Intesa Sanpaolo Protezione deve corrispondere gli interessi di mora (ovvero gli interessi maturati nel periodo di ritardato pagamento) agli aventi diritto sino alla data dell'effettivo pagamento.



ARTICOLO 12. SERVIZI NON ASSICURATIVI A DISPOSIZIONE DELL'ASSICURATO

Sono messi a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi non assicurativi, a titolo gratuito, tramite la App Intesa Sanpaolo Assicurazioni:

1. Prenotazione dell'appuntamento per le prestazioni in forma diretta
Solo per determinate prestazioni e limitatamente alle sole Strutture Aderenti e, sempre che la prestazione sia prevista dalla presente copertura assicurativa, è possibile prenotare l'appuntamento direttamente in App Intesa Sanpaolo Assicurazioni in fase di richiesta della diretta nell'ambito della funzionalità "Richiedi Prestazione in forma Diretta".
2. Videovisita
Solo per alcune tipologie di visite, incluse le prestazioni di cui al precedente punto 1, è possibile richiedere che le stesse vengano effettuate a distanza tramite video-visita online attraverso un collegamento messo a disposizione in App Intesa Sanpaolo Assicurazioni.
3. Consultazione referti e documentazione medica
Per le sole prestazioni di cui al precedente punto 1 è possibile, inoltre, consultare e scaricare i referti e la documentazione medica per i quali è prevista la refertazione online.

L'elenco delle strutture sanitarie che hanno aderito all'erogazione dei servizi non assicurativi è consultabile sul sito internet www.intesasanpaoloprotezione.com

Si precisa che tali servizi sono utilizzabili per specifiche prestazioni erogate dalle strutture del Network:

- esclusivamente in caso di assistenza in forma diretta (non in regime rimborsuale);
- previste dalla presente copertura assicurativa ed effettivamente indennizzabili (ad esempio non sono utilizzabili per le prestazioni non indennizzabili per massimale esaurito).

Inoltre, sono messi a disposizione dell'Assicurato a titolo gratuito, tramite la Centrale Operativa di ICC, i seguenti ulteriori servizi:

- Servizio di family coach: si focalizza su vari aspetti aiutando a pianificare le esigenze future della persona malata o non autosufficiente, inclusi gli aspetti legati alla salute a lungo termine, alle decisioni legali) e alla gestione delle risorse familiari per garantire un'assistenza continua e adeguata. Può estendere la propria consulenza anche agli aspetti burocratici e amministrativi legati alla gestione della malattia e dell'assistenza. Questo tipo di supporto aiuta la famiglia a orientarsi tra le numerose pratiche, normative e risorse disponibili per garantire la migliore assistenza possibile all'Assicurato. Offre anche una consulenza mirata alla valutazione dell'ambiente domestico, in caso di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti, per aiutare a comprendere e affrontare le modifiche necessarie per garantire una maggiore autonomia e sicurezza all'interno della propria abitazione.
- Consulenza family learning con infermiere: consulenza a distanza da parte di personale infermieristico per fornire gli strumenti base per la gestione domestica dell'Assicurato, senza l'intervento di figure esterne, in caso di infortunio o malattia per la quale si ritenga sufficiente una gestione "a richiesta" per fornire le direttive necessarie per la gestione dell'Assicurato.
- Consulenza supporto famiglia con assistente sociale: supporto via telefono o video di un professionista qualificato nell'ambito delle problematiche burocratiche e amministrative: che fornisce consulenza e orientamento a seguito di malattie gravi o Perdita di autosufficienza dell'Assicurato. L'obiettivo di questo servizio è aiutare l'Assicurato e la sua famiglia a comprendere e gestire le necessità legate all'accesso a prestazioni sanitarie, servizi sociali e supporto economico, facilitando il percorso di assistenza e garantendo una gestione ottimale delle risorse.
- Ricerca strutture all'estero: la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce supporto nella ricerca della struttura sanitaria più idonea rispetto alle esigenze mediche dell'Assicurato medesimo. I costi relativi alle prestazioni erogate dalla struttura prescelta restano a carico dell'Assicurato.

- Gestione ricovero estero senza presa in carico dei costi: la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce supporto nella ricerca, nella verifica della disponibilità e nella prenotazione di strutture sanitarie private per ricovero all'estero. L'organizzazione del servizio avviene per nome e conto dell'Assicurato. I costi relativi al ricovero e alle prestazioni sanitarie erogate restano a carico dell'Assicurato
- Cost containment/ cost control: la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, valuta ed eventualmente negozi i costi delle prestazioni sanitarie richieste presso strutture in Italia o all'estero. L'eventuale riduzione dei costi o condizioni di favore ottenute sono applicate direttamente all'Assicurato.
- Trasporto sanitario estero barellato e non barellato: se l'Assicurato presenta lesioni o infermità non curabili in loco o che impediscono il proseguimento del viaggio, la Centrale Operativa dopo un eventuale consulto con il medico locale e, se possibile, quello di famiglia, ne organizza il trasporto nel centro ospedaliero più idoneo oppure il rientro sanitario alla sua residenza, in base alla gravità del caso.

Il trasporto sanitario può essere organizzato con: aereo sanitario - aereo di linea - vagone letto - cuccetta di 1° classe - ambulanza - altri mezzi ritenuti idonei.

Se le condizioni di salute lo rendono necessario, il trasporto è effettuato con l'accompagnamento di personale medico o paramedico.

Il rientro da paesi extraeuropei (intendendosi ogni paese al di fuori dell'Europa Continentale ivi compresi i possedimenti, i territori e i dipartimenti d'oltremare), esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, è effettuato esclusivamente con aereo di linea. Questi servizi non sono messi a disposizione se l'Assicurato è dimesso volontariamente contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale è ricoverato. L'organizzazione del servizio avviene per nome e conto dell'Assicurato. I costi relativi al trasporto restano a carico dell'Assicurato

Si precisa che tali servizi sono utilizzabili:

- esclusivamente in forma diretta (non in regime rimborsuale)
- solo a seguito di diagnosi di una malattia grave prevista del presente Modulo.

Per attivare i servizi erogati da ICC l'Assicurato deve:

 contattare la Centrale Operativa attiva 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 ai numeri 800.124.124 (dall'Italia) o +39 02.30.32.80.13 (dall'estero):

 utilizzare l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni.

L'Assicurato deve indicare con precisione:

2. numero identificativo di polizza e codice fiscale
3. indirizzo del luogo in cui si trova
4. recapito telefonico a cui la Centrale Operativa ICC provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

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.

ASSICURAZIONE

Contratto con il quale Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato gli indennizzi o le spese mediche connesse o rese necessarie da sinistro, malattia o infortunio, nei limiti stabiliti nel Modulo.

ASSISTENZA DIRETTA

Modalità di erogazione delle prestazioni con cui Intesa Sanpaolo Protezione paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate dalla Centrale Operativa, direttamente alla struttura sanitaria del Network.

CARENZA

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

CARTELLA CLINICA

Insieme dei documenti ufficiali avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

DATA EVENTO/SINISTRO

- Quella della prima diagnosi di una delle gravi malattie indicate nel Modulo per la richiesta di indennizzo per la garanzia Malattie Gravi
- per la sola grave malattia "trapianto di organo", la data evento/sinistro è quella in cui l'Assicurato viene inserito nelle liste d'attesa ufficiali di trapianti italiane o quella del trapianto se non c'è stato l'inserimento nelle predette liste
- quella del riconoscimento della perdita di autosufficienza permanente e irreversibile per richiedere il relativo indennizzo per la garanzia Perdita di autosufficienza
- quella della richiesta di Second Opinion per il secondo parere medico
- quella della visita per la visita di controllo.
- quella della data di erogazione delle prestazioni assistenziali o del trasporto per la garanzia Prestazioni Assistenziali in Network e il Trasporto sanitario attrezzato e con ausili in Network
- quella della fattura, della ricevuta o dello scontrino per la garanzia Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico

INDENNIZZO

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

MALATTIA

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

MASSIMALE

Importo massimo indennizzabile per singola garanzia.

MODULO

Appendice alle Condizioni d'Assicurazione di XME Protezione relativa a coperture assicurative acquistabili separatamente per aree di protezione (Famiglia, Salute e Beni).

MODULO DI POLIZZA

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

NETWORK

Rete convenzionata costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura.

L'elenco delle strutture aggiornato è consultabile sul sito www.intesasanpaoloprotezione.com, sull'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, sull'Internet Banking di Intesa Sanpaolo. L'elenco dei medici convenzionati si può consultare sull'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, sull'Internet Banking di Intesa Sanpaolo oppure telefonando al numero 800.124.124.

PREMIO

Somma dovuta dal Contraente a Intesa Sanpaolo Protezione come corrispettivo del modulo acquistato.

QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

Documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato, nonché informazioni in merito alle professioni non assicurabili

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

Costituisce parte integrante della Polizza.

RISCHIO

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

SINISTRO

Evento per il quale è prestata la copertura assicurativa.

ALLEGATO 1- Tabella riepilogativa, dei livelli di copertura e dei limiti del Modulo Malattie Gravi Extra

	Livello SILVER	Livello GOLD	Livello PLATINUM
Malattie gravi	Indennizzo (una sola volta) 100.000 euro	Indennizzo (una sola volta) 200.000 euro	Indennizzo (una sola volta) 300.000 euro
Protesi, presidi, ausili, ortesi e screening genetico in forma rimborsuale	6.000 euro all' anno	6.000 euro all' anno	6.000 euro all' anno
Prestazioni assistenziali in Network	4.000 euro all' anno	4.000 euro all' anno	4.000 euro all' anno
Trasporto sanitario attrezzato e con ausili in Network	4.000 euro all' anno	4.000 euro all' anno	4.000 euro all' anno
Second Opinion in Network	una sola volta	una sola volta	una sola volta
Visita specialistica di controllo in Assistenza diretta	1 volta all'anno	1 volta all'anno	1 volta all'anno
Perdita di autosufficienza	Indennizzo (una sola volta) 20.000 euro	Indennizzo (una sola volta) 40.000 euro	Indennizzo (una sola volta) 60.000 euro

Restano ferme le casistiche particolari previste in caso di malattia grave "Cancro" indicate all'art. 1 - Che cosa e' assicurato.

ALLEGATO 2- Tabella dei coefficienti

MALATTIE GRAVI EXTRA					
	Malattie gravi silver - cliente		Malattie gravi gold - cliente		Malattie gravi platinum - cliente
Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente
1	-	1	-	1	-
2	0,5916	2	0,5716	2	0,5638
3	1,0049	3	1,0041	3	1,0034
4	1,0007	4	1,0020	4	1,0026
5	1,0341	5	1,0356	5	1,0365
6	1,0553	6	1,0617	6	1,0643
7	1,0479	7	1,0497	7	1,0504
8	1,0244	8	1,0284	8	1,0298
9	1,0220	9	1,0221	9	1,0222
10	0,9994	10	1,0007	10	1,0012
11	1,0029	11	1,0017	11	1,0014
12	0,9988	12	1,0000	12	1,0005
13	1,0035	13	1,0027	13	1,0021
14	0,9983	14	0,9993	14	1,0000
15	1,0366	15	1,0378	15	1,0383
16	1,0566	16	1,0620	16	1,0640
17	1,0408	17	1,0419	17	1,0425
18	1,2067	18	1,2228	18	1,2288
19	0,9865	19	0,9846	19	0,9837
20	1,0227	20	1,0230	20	1,0234
21	0,9958	21	0,9937	21	0,9923
22	1,0218	22	1,0222	22	1,0222
23	1,0218	23	1,0393	23	1,0405
24	1,0416	24	1,0422	24	1,0422
25	1,0471	25	1,0488	25	1,0491
26	1,0479	26	1,0494	26	1,0503
27	1,0516	27	1,0533	27	1,0536
28	1,0491	28	1,0500	28	1,0508
29	1,0471	29	1,0480	29	1,0485
30	1,0606	30	1,0622	30	1,0629
31	1,0650	31	1,0667	31	1,0672
32	1,0587	32	1,0599	32	1,0603
33	1,0589	33	1,0604	33	1,0609
34	1,0575	34	1,0585	34	1,0591
35	1,0609	35	1,0620	35	1,0624
36	1,0621	36	1,0670	36	1,0690
37	1,0638	37	1,0687	37	1,0706
38	1,0833	38	1,0900	38	1,0926
39	1,0904	39	1,0969	39	1,0991
40	1,0950	40	1,1016	40	1,1042
41	1,1057	41	1,1120	41	1,1143
42	1,0973	42	1,1033	42	1,1055

43	1,1062		43	1,1119		43	1,1140
44	1,1050		44	1,1101		44	1,1121
45	1,1025		45	1,1072		45	1,1088
46	1,0984		46	1,1024		46	1,1038
47	1,0786		47	1,0813		47	1,0822
48	1,0873		48	1,0903		48	1,0913
49	1,0854		49	1,0880		49	1,0890
50	1,0863		50	1,0887		50	1,0895
51	1,0863		51	1,0892		51	1,0899
52	1,0836		52	1,0854		52	1,0861
53	1,0890		53	1,0907		53	1,0913
54	1,0875		54	1,0891		54	1,0897
55	1,0875		55	1,0885		55	1,0889
56	1,0870		56	1,0883		56	1,0887
57	1,0870		57	1,0874		57	1,0878
58	1,0900		58	1,0912		58	1,0916
59	1,0899		59	1,0910		59	1,0913
60	1,0915		60	1,0925		60	1,0929
61	1,0911		61	1,0921		61	1,0923
62	1,0890		62	1,0900		62	1,0904
63	1,0893		63	1,0903		63	1,0907
64	1,0914		64	1,0924		64	1,0927
65	1,0914		65	1,0923		65	1,0926
66	1,0935		66	1,0944		66	1,0947
67	1,0932		67	1,0940		67	1,0943
68	1,0926		68	1,0933		68	1,0934
69	1,0902		69	1,0909		69	1,0911
70	1,0908		70	1,0914		70	1,0916

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario e delle professioni non assicurabili per Assicurati di età uguale o maggiore di 18 anni

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

Il presente questionario serve per verificare se Intesa Sanpaolo Protezione può accettare il rischio per il Modulo Malattie Gravi Extra in relazione all'attuale stato di salute (assumibilità del rischio) dell'Assicurato (**Nome/Cognome**).

AVVERTENZA

Si ricorda che, in base al cosiddetto "diritto all'oblio oncologico" introdotto dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193 non è ammessa, al momento della stipula del contratto o successivamente, la richiesta di informazioni relative a patologie oncologiche di cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo, alla data di compilazione del questionario sanitario, si sia già concluso senza episodi di recidiva da almeno dieci anni oppure da almeno cinque anni (se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età) oppure dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.96 del 24 aprile 2024.

Per "trattamento attivo" si intende qualsiasi trattamento utilizzato con finalità di cura della patologia oncologica come ad esempio, oltre alla chirurgia, la chemioterapia, l'immunoterapia, la terapia ormonale, la radioterapia, la terapia genica, gli anticorpi monoclonali.

Nel presente questionario, le domande sulle patologie oncologiche e relative cure sono state formulate tenendo conto del "diritto all'oblio oncologico."

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine per maturare il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1 e 4 della legge 7 dicembre 2023 n. 193 (Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024).

TIPI DI TUMORE	SPECIFICAZIONI	ANNI DALLA FINE DEL TRATTAMENTO
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie Acute (linfoblastiche e mieloidi)	Qualsiasi età	5

N	Domande	Risposta
1	"Svolgi una delle seguenti professioni: 1) acrobata trapezista, 2) artista controfigura, 3) aviazione civile (piloti e membri di equipaggio), 4) chimico o fisico nel comparto dell'energia o della fabbricazione degli esplosivi 5) collaudatore di auto o motoveicoli dipendente di case automobilistiche e/o motociclistiche 6) guida alpina 7) addetto alle Forze armate e/o alle Forze di pubblica sicurezza limitatamente, in entrambi i casi, alle categorie: artificieri, imbarcati su sottomarini, paracadutisti, piloti ed equipaggi di mezzi aerei, unità speciali 8) operaio di aziende petrolifere su piattaforme in mare 9) operaio di impianti di energia nucleare 10) sommozzatore o palombaro 11) speleologo 12) titolare o dipendente con lavoro manuale (in cava con uso di esplodenti, in cantieri edili o in cantieri di sistemazione idraulica entrambi collocati in gallerie, pozzi e simili o che utilizzino esplodenti, in miniera) 13) addetto all'elisoccorso 14) addetto alla disinfezione 15) addetto allo smaltimento dei rifiuti speciali (incluso amianto)?"	Si - No

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

N	Domande	Risposta
2	Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti, abuso di alcol, uso di farmaci non prescritti a seguito di terapie mediche o è mai stato trattato per abuso di alcol o è affetto da sieropositività HIV?	Si - No
3	<p>Negli ultimi 5 anni ha ricevuto una diagnosi o si è sottoposto ad accertamenti o ha sofferto di uno o più delle seguenti malattie: (si prega di selezionare tutte le risposte valide)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. malattia cardiovascolare (escluse ipertensione in compenso farmacologico, pericardite acuta totalmente guarita) b. malattia cerebrovascolare (ad es. ischemia, trombosi, emorragia) c. malattia del pancreas (escluso episodio singolo di pancreatite acuta totalmente guarita) d. malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, calcolosi colecistica, angioma epatico) e. malattia del sistema gastrointestinale (escluse stipsi, gastrite, ernia iatale, colite funzionale) f. malattia del/i polmone/i (escluse: asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite) g. malattia del sistema urologico, urogenitale (escluse: ipertrofia prostatica benigna, cistite totalmente guarita) h. malattia del sistema endocrino (compreso diabete) (escluse Tiroidite di Hashimoto, gozzo, iperparatiroidismo, ipercolesterolemia) i. malattia nefrologica (esclusi calcoli renali e cisti renali singole e semplici) j. malattia degli occhi (ad esempio. retinopatia, glaucoma, degenerazione maculare, cataratta bilaterale) k. malattia ematologica (ad esempio piastrinopenia, neutropenia, disturbi del midollo) l. nessuna delle precedenti 	Selezionare tutte le risposte valide
4	L'Assicurando soffre o ha mai sofferto o ricevuto cure per tumori, cancro?	Si - No
	<p>Non sono da dichiarare le patologie oncologiche da cui l'Assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione del presente Questionario. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni OPPURE dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella GU Serie Generale n.96 del 24 aprile 2024. Qualora queste informazioni fossero a disposizione della Compagnia non potranno essere utilizzate per la valutazione del rischio.</p>	
5	<p>Negli ultimi 5 anni si è sottoposto a cure per una o più patologie non oncologiche fra quelle sottoindicate oppure si sta attualmente sottoponendo a cure per cui, dai riscontri ottenuti dal medico curante o dallo specialista, la/e patologia/e risultano non ancora controllate o stabilizzate? (si prega di selezionare tutte le opzioni valide):</p> <ul style="list-style-type: none"> a. malattia cardiovascolare (escluse ipertensione in compenso farmacologico, pericardite acuta totalmente guarita) b. malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica, angioma epatico) c. malattia del/i polmone/i (escluse: asma, bronchite acuta, polmonite e rinite) d. malattie del sistema urologico, urogenitale (escluse: ipertrofia prostatica benigna, cistite totalmente guarita) d.1 è stato sottoposto a cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi? e. malattia del sistema endocrino (compreso diabete) e.1 è stato sottoposto a cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi? f. malattia nefrologica (esclusi calcoli renali e cisti renali singole e semplici) g. malattia ematologica (ad esempio. piastrinopenia, neutropenia, disturbi del midollo) 	Selezionare tutte le risposte valide

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

N	Domande	Risposta
	h. malattia degli occhi (ad esempio. retinopatia, glaucoma, degenerazione maculare, cataratta bilaterale) i. malattia dei cerebrovascolari (ad esempio. ischemia, trombosi, emorragia) j. malattia del pancreas k. malattia del sistema osteo-articolare (escluse artrosi e osteoporosi) k.1 è stato sottoposto a cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi? l. paralisi m. nessuna delle precedenti	
6	Ha mai presentato uno stato di coma?	Si - No
7	Soffre di una patologia neurologica quale (si prega di selezionare tutte le risposte valide)? a. Sclerosi multipla b. Sclerosi laterale amiotrofica c. malattia di Alzheimer d. Morbo di di Parkinson e. malattia del motoneurone f. Paresi o paralisi g. Plegie h. Ascessi intracranici i. Idrocefalo j. Encefaliti k. Meningiti l. Distrofia muscolare m. Demenza n. Nessuna delle precedenti	Selezionare tutte le risposte valide
8	Le è stata riconosciuta una invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o ha fatto domanda per ottenerla?	Si - No
8.1	Negli ultimi 2 anni è stato impossibilitato a svolgere le sue 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
9	Soffre di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad es. artrite, ernie discali)?	Si - No
10	Ha mai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico (ad esclusione di: intervento del menisco, per riparazione di fratture, legamenti o tendini) ?	Si - No
11	Attualmente soffre di una delle seguenti patologie? a. Connettivite mista o indifferenziata b. Poliartrite nodosa c. Sclerodermia d. Lupus Eritatoso sistematico f. Fibromialgia g. Artrite psoriatica h. Artrite Reumatoide i. Nessuna delle precedenti	Selezionare tutte le risposte valide
12	Necessita di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggiare o fare la spesa?	Si - No
13	Indicare Peso e altezza	Peso in kg Altezza in cm

ALLEGATO 4 – Fac-simile Questionario Sanitario per Assicurati di età compresa fra 1 anno e 17 anni

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

Il presente questionario serve per verificare se Intesa Sanpaolo Protezione può accettare il rischio per il Modulo Malattie Gravi Extra in relazione all'attuale stato di salute (assumibilità del rischio) dell'Assicurato (**Nome/Cognome**).

AVVERTENZA

Si ricorda che, in base al cosiddetto "diritto all'oblio oncologico" introdotto dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193 non è ammessa, al momento della stipula del contratto o successivamente, la richiesta di informazioni relative a patologie oncologiche di cui l'Assicurato sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo, alla data di compilazione del questionario sanitario, si sia già concluso senza episodi di recidiva da almeno dieci anni oppure da almeno cinque anni (se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età) oppure dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.96 del 24 aprile 2024.

Per "trattamento attivo" si intende qualsiasi trattamento utilizzato con finalità di cura della patologia oncologica come ad esempio, oltre alla chirurgia, la chemioterapia, l'immunoterapia, la terapia ormonale, la radioterapia, la terapia genica, gli anticorpi monoclonali.

Nel presente questionario, le domande sulle patologie oncologiche e relative cure sono state formulate tenendo conto del "diritto all'oblio oncologico."

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine per maturare il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1 e 4 della legge 7 dicembre 2023 n. 193 (Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024).

TIPI DI TUMORE	SPECIFICAZIONI	ANNI DALLA FINE DEL TRATTAMENTO
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie Acute (linfoblastiche e mieloidi)	Qualsiasi età	5

N	Domande	Risposta
1	L'Assicurando ha o ha avuto patologie o conseguenze per cui è stata accertata la riconducibilità all'utilizzo di sostanze stupefacenti, alcol o farmaci nel periodo di gestazione o l'Assicurando è mai stato trattato per abuso di alcol o sostanze stupefacenti o è affetto da sieropositività HIV?	Si - No
2	Negli ultimi 5 anni (oppure per età inferiore a 5 anni, dall'età di nascita ad oggi) l'Assicurando ha ricevuto una diagnosi oppure si è sottoposto ad accertamenti o ha sofferto di uno o più dei seguenti (si prega di selezionare tutte le risposte valide)	Selezionare tutte le risposte valide
	a. Cardiopatia congenita (Si prega di considerare come rilevanti: coartazione dell'aorta, anomalia di Ebstein, Sindrome di Eisenmenger, Tetralogia di Fallot, Trasposizioni dei grandi vasi)	
	b. Paralisi cerebrale	
	c. malattia del pancreas (escluso episodio singolo di pancreatite acuta totalmente guarito)	
	d. malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, calcolosi colecistica, angioma epatico)	
	e. Fibrosi cistica	
	f. malattia del sistema endocrino (compreso diabete) (escluse Tiroidite di Hashimoto, gozzo, iperparatiroidismo, ipercolesterolemia)	

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

N	Domande	Risposta
	g. malattia nefrologica (esclusi calcoli renali e cisti renali singole e semplici) h. malattia degli occhi (ad esempio retinopatia, glaucoma, degenerazione maculare, cataratta bilaterale) i. malattia ematologica (ad esempio piastrinopenia, neutropenia, disturbi del midollo) j. Paresi, paralisi o plegia, Accessi intracranici, Idrocefalo, Encefaliti, Meningiti, Distrofia muscolare, Artrite reumatoide giovanile, malattia di Still, Artrite idiopatica giovanile k. Nessuna delle precedenti	
3	L'Assicurando soffre o ha mai sofferto o ricevuto cure per tumori, cancro? <p>Non sono da dichiarare le patologie oncologiche da cui l'Assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni rispetto alla data di compilazione del presente Questionario. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento dei 21 anni OPPURE dal diverso periodo di tempo previsto per le specifiche casistiche elencate dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 pubblicato nella GU Serie Generale n.96 del 24 aprile 2024. Qualora queste informazioni fossero a disposizione della Compagnia non potranno essere utilizzate per la valutazione del rischio.</p>	Si - No
4	Nell'ultimo anno l'Assicurando è stato sottoposto a trattamento (farmacologico e non), visite specialistiche o indagini strumentali per sintomatologia SENZA aver ancora ricevuto una diagnosi certa?	Si - No
5	L'Assicurando ha mai presentato uno stato di coma?	Si - No
6	All'Assicurando è stata riconosciuta un'invalidità civile o è stata fatta richiesta per ottenerla?	Si - No
7	L'Assicurando ha mai subito traumi o lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico (ad esclusione di: intervento del menisco, per riparazione di fratture, legamenti o tendini)?	Si - No
8	Sono stati riscontrati dal pediatra durante le regolari visite di controllo o ha effettuato oè stata prescritta una visita specialistica per disturbi o ritardi nello sviluppo della funzione statica o dello sviluppo psicomotorio dell'assicurando?	Si - No
9	All'Assicurando sono stati diagnosticati disturbi della crescita o del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, binge eating)?	Si - No



**INTESA SANPAOLO
PROTEZIONE**

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via San Francesco d'Assisi 10, 10122 Torino comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com Capitale Sociale Euro 27.912.258 Codice Fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Torino 06995220016 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA

11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A. Socio Unico: Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00125 Appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28