INTESA SANPAOLO PROTEZIONE

Polizza SFERA+

Area Salute

Condizioni di Assicurazione

Modulo Malattie Gravi

Edizione luglio 2026

SFERA+

Dedicato ai correntisti di Fideuram -
Intesa Sanpaolo Private Banking S.p.A.
(di seguito anche Fideuram S.p.A.)

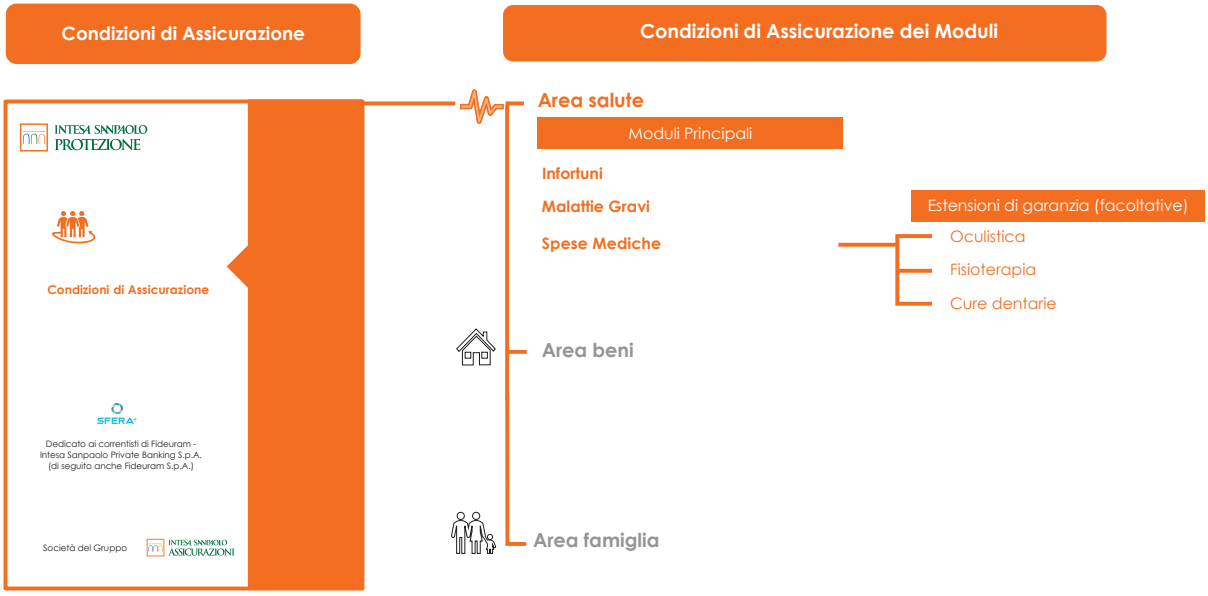
Mod. 186384-002 -072026

Società del Gruppo INTESA SANPAOLO ASSICURAZIONI

Modulo Malattie Gravi

Caro Cliente,
il Modulo **Malattie Gravi** integra le Condizioni di Assicurazione di SFERA+, 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 I** (Artt. 1 – 9) – Norme relative alle coperture assicurative acquistate
- **SEZIONE II** (Artt. 10 - 12) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**



Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del Modulo Malattie Gravi 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, riconoscibile anche grazie all'icona,** 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**, **riconoscibile anche grazie all'icona,** 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 SFERA+ è disponibile sul sito internet di Intesa Sanpaolo Protezione www.intesasanpaoloprotezione.com della polizza, è composto da:

- **Condizioni di Assicurazione di SFERA+**
- **Documento Informativo Precontrattuale (DIP)**
- **Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo)**
- **Condizioni di Assicurazione del Modulo Malattie Gravi**

Grazie per l'interesse dimostrato

Indice

SEZIONE I

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE DEL MODULO

Art. 1 CHE COSA È ASSICURATO Pag. 2 di 18
Art. 1.1 Malattie gravi Pag. 3 di 18
Art. 1.2 Second Opinion Pag. 5 di 18
Art. 1.3 Visita specialistica di controllo in forma rimborsuale Pag. 6 di 18
Art. 2 CHE COSA NON È ASSICURATO Pag. 6 di 18
Art. 2.1 Persone non assicurabili Pag. 6 di 18
Art. 2.2 Esclusioni per tutte le garanzie Pag. 8 di 18
Art. 2.3 Esclusioni in caso di Malattie gravi Pag. 9 di 18
Art. 3 QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE Pag. 10 di 18
Art. 4 DOVE VALGONO LE COPERTURE Pag. 10 di 18
Art. 5 DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI Pag. 10 di 18
Art. 6 QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE Pag. 11 di 18
Art. 6.1 Carenze Pag. 11 di 18
Art. 7 DETERMINAZIONE DEL PREMIO Pag. 12 di 18
Art. 8 MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO Pag. 12 di 18
Art. 8.1 Variazione delle somme assicurate Pag. 12 di 18
Art. 9 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO Pag. 13 di 18

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 10 DENUNCIA DEL SINISTRO Pag. 14 di 18
Art. 10.1 Procedura per richiedere la Second Opinion – Regime di assistenza diretta Pag. 14 di 18
Art. 10.2 Procedura per richiedere il pagamento degli Indennizzi per Malattie Gravi per il rimborso delle spese per la garanzia Visita Specialistica Data dell'evento Pag. 14 di 18
10.2.1 Documentazione da trasmettere per richiedere il pagamento dell'Indennizzo per Malattie Gravi Pag. 14 di 18
10.2.2 Documentazione da trasmettere per richiedere il rimborso delle spese per la garanzia Visita Specialistica Pag. 15 di 18
Art. 10.3 Data dell'evento Pag. 15 di 18
Art. 10.4 Lingua della documentazione Pag. 15 di 18
Art. 10.5 Accertamenti di Intesa Sanpaolo Protezione Pag. 15 di 18
Art. 10.6 Decesso dell'Assicurato Pag. 15 di 18
Art. 10.7 Imposte e oneri amministrativi Pag. 16 di 18
Art. 11 TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI Pag. 16 di 18

GLOSSARIO Pag. 17 di 18

Allegato 1 - Tabella riepilogativa dei limiti del Modulo Malattie Gravi

Allegato 2 - Tabella dei coefficienti

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

Da sapere

Contraente (Cliente)	La persona che sottoscrive la polizza e paga il premio. Può non coincidere con l'Assicurato.
Assicurato	La persona residente in Italia il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Nucleo familiare	Sono considerati familiari del Cliente ai fini del presente Modulo i seguenti soggetti purché residenti in Italia: • 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, (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 18 anni. 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, se previste. 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 (pubblica o privata), regolarmente autorizzati a svolgere assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura: • gli stabilimenti termali • le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative • le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per 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.

sezione I

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE DEL MODULO

Con il Modulo Malattie Gravi il Cliente acquista per sé o per una o più persone del proprio Nucleo Familiare un pacchetto di coperture assicurative per ottenere un indennizzo in caso di una delle gravi malattie previste dal Modulo.

D'ora in poi, con la locuzione Cliente o Assicurato si intenderà:
- Cliente è il Contraente quando coincide con Assicurato
- Assicurato è la persona diversa dal Contraente, nel cui interesse è stato acquistato il Modulo.

Questionario Sanitario: è il documento in cui sono riportate le dichiarazioni dell'Assicurato sul suo stato di salute, che deve essere compilato in fase assuntiva

Per acquistare il Modulo deve essere compilato un 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, per il tramite di 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) fornisce all'Assicurato, le prestazioni previste nel Modulo.

L'acquisto del Modulo può avvenire nello stesso momento in cui viene acquistato il prodotto SFERA+ o in un momento successivo. D'ora in poi quando si farà riferimento alla Polizza si intenderà il documento sottoscritto dal Cliente all'atto dell'acquisto del prodotto e quando si farà riferimento all'Appendice contrattuale si intenderà il documento sottoscritto dal Cliente quando l'acquisto del Modulo è avvenuto in un momento successivo all'acquisto del prodotto assicurativo SFERA+.

Rientrano nella definizione di nucleo familiare i seguenti soggetti purché residenti in Italia:
- coniuge, anche se legalmente separato e persona unita civilmente
- persona convivente con il 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, (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 18 anni.
  È ammessa l'inclusione nel nucleo familiare di tali soggetti anche se non fiscalmente a carico

Gli Assicurati devono essere indicati dal Cliente nella Polizza o nell'Appendice contrattuale, se sottoscritta successivamente.

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

- Il Cliente e il proprio nucleo familiare possono avere livelli di copertura differenti.
  Il Cliente può richiedere, in qualsiasi momento, la variazione del contratto, per se stesso o per altro Assicurato (in continuità di copertura), nei seguenti casi:
  A. **Aumento della copertura:** ad esempio passando da livello GOLD 200.000 euro a livello DIAMOND 400.000 euro)
  B. **Riduzione della copertura:** ad esempio passando da livello DIAMOND 400.000 euro a livello GOLD 200.000 euro)
  La variazione deve essere concordata con Intesa Sanpaolo Protezione in base ai livelli di copertura vigenti al momento della richiesta.

In caso di variazione del contratto (in continuità di copertura) per aumento del livello di copertura (esempio passaggio da livello GOLD 200.000 euro a livello DIAMOND 400.000 euro) 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.

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.

A. Malattie gravi coperte
   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
   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

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, in forma rimborsuale.

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

	Livello SILVER	Livello GOLD	Livello DIAMOND
Malattie gravi	Indennizzo (una sola volta) 100.000 euro	Indennizzo (una sola volta) 200.000 euro	Indennizzo (una sola volta) 400.000 euro
Second Opinion	una sola volta	una sola volta	una sola volta
Visita specialistica di controllo in forma rimborsuale	1 volta per annualità di polizza Max 150 euro	1 volta per annualità di polizza Max 150 euro	1 volta per annualità di polizza Max 150 euro

In riferimento alla 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)
- 40.000 euro(Diamond)

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

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	Descrizione
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'Articolo 2 Che cosa non è assicurato e fermi i periodi di carenza di cui all'Articolo 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".

- **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:
  - segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un infarto miocardico acuto
  - nuovi cambiamenti nell'ECG caratteristici di un infarto miocardico acuto
  - riscontri nella diagnostica ad immagini di nuova perdita di vitalità del miocardio
  - nuova anomalia del movimento della parete regionale.

biomaker cardiaci (o marcatori cardiaci): sono sostanze presenti nel sangue che vengono rilasciate dal cuore quando è danneggiato o sotto stress. Servono principalmente per diagnosticare, monitorare e valutare malattie cardiovascolari

- **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% del capitale assicurato.
Il contratto resta in vigore per eventuali altre malattie gravi a eccezione di una nuova condizione tra quelle sopra elencate (lettere a., b. o c.).
Il 10% dell'ammontare del livello di copertura acquistato viene riconosciuto una sola volta per l'intera durata della copertura (rinnovi compresi).

In caso di tumore di Stadio AJCC 2 – 3 – 4 viene liquidato il 100% dell'ammontare del livello di copertura acquistato, a prescindere dalla 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.

evento: si intende il fatto o un accadimento futuro, incerto e indipendente dalla volontà dell'assicurato, che comporta un danno alla salute e che fa sorgere il diritto all'indennizzo o al rimborso previsto dalla polizza

- **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 (Tomografia Assiale Computerizzata) o alla RMI (Risonanza Magnetica per Immagini) tali da confermare la diagnosi di ictus.

TAC: una tecnica diagnostica per immagini che utilizza raggi X e un computer per ottenere sezioni tridimensionali dettagliate del corpo umano. La TAC permette di vedere all'interno del corpo (organi, ossa, vasi sanguigni, tessuti) in modo molto preciso

RMI: una tecnica diagnostica per immagini che utilizza campi magnetici e onde radio, per ottenere immagini molto dettagliate degli organi e dei tessuti interni del corpo. La RMI permette di studiare in modo preciso organi, articolazioni, cervello, midollo spinale e altri tessuti molli, senza radiazioni ionizzanti

- **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 in modo permanente 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.

cirrosi: è una malattia cronica del fegato caratterizzata dalla distruzione delle cellule epatiche e dalla loro sostituzione con tessuto cicatriziale (fibrosi), che compromette la normale funzionalità dell'organo

- **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:
  - richiedere l'utilizzo di sistemi di supporto delle funzionalità vitali per un periodo continuativo di almeno 96 ore
  - essere associato ad un deficit neurologico permanente, con persistenza della sintomatologia clinica.

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

- **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.

- **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.

- **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:
  - ricordare
  - ragionare
  - percepire, comprendere, esprimere e concretizzare idee e pensieri.

- **Demenze causate da Alzheimer:** demenze come sintomo e conseguenza dell'Alzheimer.

- **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 confermate 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:
  - Visione nell'occhio migliore ridotta a un'acuità visiva corretta di meno di 1/10 (<0.1); oppure
  - Riduzione del campo visivo a 20 gradi o meno in entrambi gli occhi

  La cecità è tale solo se è impossibile correggerla mediante ausili o procedura medico-chirurgica.

- **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:
  1. Conta assoluta dei neutrofili inferiore a 0,5 x 10^9/L;
  2. Conta piastrinica inferiore a 20 x 10^9/L; oppure
  3. Conta reticolociti inferiore a 20 x 10^9/L.

anemia aplastica: è una malattia del midollo osseo in cui la produzione di cellule del sangue (globuli rossi, bianchi e piastrine) è ridotta o assente, causando anemia, infezioni e sanguinamenti

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.

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

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

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.

Network: si intende la rete di strutture sanitarie, medici e centri diagnostici convenzionati

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 richiesta entro 6 mesi dalla maturazione del diritto all'indennizzo, cioè dal momento della prima diagnosi.

1.3 Visita specialistica di controllo in forma rimborsuale

La copertura prevede la possibilità di effettuare una visita specialistica per ciascuna annualità di polizza, per qualsiasi specializzazione, in forma rimborsuale. Non è prevista la possibilità di effettuare la visita in forma diretta presso le strutture convenzionate del Network.
Non è richiesto che la visita sia relativa alle malattie gravi previste nel Modulo.
Non è richiesta la prescrizione medica.

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 18 anni compiuti
b) abbiano più di 70 anni compiuti
c) non siano residenti in Italia.

Non sono inoltre assicurabili le persone che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino in una o più delle seguenti condizioni:
a) svolgano 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 disinfestazione
- addetto allo smaltimento dei rifiuti speciali (incluso amianto)

b) 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

c) persone che presentano un Indice di Massa Corporea (IMC) inferiore a 18,50 o maggiore di 31,00

d) 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 di Intesa Sanpaolo Protezione non potranno essere utilizzate per la valutazione del rischio

e) persone che hanno presentato uno stato di coma

f) persone con invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o che abbiano fatto domanda per ottenerla

g) persone che hanno subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico (ad esclusione di: intervento del menisco, riparazione di fratture, legamenti o tendini)

h) persone che negli ultimi cinque anni hanno ricevuto una diagnosi o si sono sottoposti 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)

i) 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 e semplici)
   2. malattia ematologica (ad es. piastrinopenia, neutropenia, disturbi del midollo)
   3. malattia degli occhi (ad es. retinopatia, glaucoma, degenerazione maculare, cataratta bilaterale)
   4. malattia cerebrovascolare (ad es. ischemia, trombosi, emorragia)
   5. malattia del pancreas
   6. paralisi

j) 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
k) persone affette da Lupus eritematoso sistemico (LES).

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 patologie:
   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 guarito)
   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 sono state sottoposte a cure per una o più patologie non oncologiche fra quelle sotto indicate oppure si stanno 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 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.

veicoli a propulsione muscolare: sono mezzi di trasporto che utilizzano la forza muscolare dell'uomo per muoversi, fra cui ad esempio le biciclette, i monopattini, ma anche le barche a remi

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 professionistiche 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 disinfestazione
   - addetto allo smaltimento dei rifiuti speciali (incluso amianto).

2.3 Esclusioni e limitazioni per Malattie Gravi

Sono escluse le seguenti patologie:

INFARTO MIOCARDICO
- altre sindromi coronariche acute diverse dall'infarto miocardico
- angina senza infarto miocardico

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

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

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.

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
USTIONI 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

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 e Visita specialistica di controllo valgono in tutto il mondo.
La garanzia Second Opinion può essere effettuata solo in Italia.
Rimborsi o indennizzi sono pagati in euro.

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

articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

All'atto dell'acquisto del Modulo il Cliente fornisce le informazioni relative alla sua età, al suo stato di salute, alla professione svolta ed al rapporto di parentela con le persone appartenenti al suo nucleo familiare e al quale è estesa la copertura del Modulo.
Tali dichiarazioni devono essere vere ed esatte e sulla base di queste viene calcolato il premio del Modulo.

Se Intesa Sanpaolo Protezione viene a conoscenza dell'inesattezza delle informazioni sopra richiamate e il Cliente ha agito con dolo o colpa grave, ha il diritto di chiedere l'annullamento del Modulo entro tre mesi da quando ne è venuta a conoscenza. Se Intesa Sanpaolo Protezione intende esercitare tale diritto deve trasmettere entro lo stesso termine al Cliente una apposita dichiarazione recante l'intenzione di domandare l'annullamento del Modulo.
Se si verifica un sinistro per uno degli eventi assicurati dal Modulo prima che Intesa Sanpaolo Protezione venga a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o prima che essa eserciti il diritto di chiedere l'annullamento del Modulo, il sinistro non viene pagato.
Se il Cliente non ha agito con dolo o colpa grave Intesa Sanpaolo Protezione ha il diritto di recedere dal Modulo entro tre mesi da quando è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle informazioni fornite dal Cliente.
Se si verifica un sinistro prima che Intesa Sanpaolo Protezione venga a conoscenza dell'inesattezza delle informazioni o prima che essa eserciti il diritto di recesso, la somma dovuta in caso di accoglimento del sinistro è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pagato dal Cliente e quello che avrebbe pagato se Intesa Sanpaolo Protezione avesse conosciuto il reale stato delle cose, tranne nel caso in cui l'inesattezza riguardi la residenza o l'appartenenza al nucleo familiare dei soggetti indicati nel Modulo di polizza o nell'Appendice contrattuale, nel qual caso il sinistro non viene pagato.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.
Al verificarsi della condizione sopra elencata, la copertura assicurativa cessa con effetto immediato dal momento in cui Intesa Sanpaolo Protezione ne è venuta a conoscenza. Il

premio versato - fino al momento in cui Intesa Sanpaolo Protezione è venuta a conoscenza della condizione - resta acquisito da Intesa Sanpaolo Protezione. Dopo l'avvenuta conoscenza della condizione sopra elencata il premio del Modulo non è più dovuto e Intesa Sanpaolo Protezione restituisce al Cliente i premi eventualmente incassati, senza diritto ad alcun rimborso/indennizzo da parte dell'Assicurato.

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.
È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE

La data di inizio e di fine delle coperture del Modulo sono indicate nel Documento di polizza o nell'Appendice contrattuale, ferme restando le carenze di cui al successivo Art. 6.1.

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 previsto per la garanzia "Malattie Gravi". Restano ferme le casistiche particolari previste in caso di malattia grave "Cancro".
Prima della scadenza annuale della polizza resta comunque attiva la garanzia "Visita specialistica di controllo in forma rimborsuale".

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.

Successivamente alla scadenza annuale di polizza, nel rispetto della prescrizione di due anni, il Cliente potrà richiedere il rimborso delle spese sostenute nel periodo di validità della copertura assicurativa e relative alla garanzia Visita specialistica di controllo.

In ogni caso il Modulo si estingue al termine dell'annualità di polizza in cui l'Assicurato abbia compiuto 73 anni.

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.

Malattie Gravi
La garanzia è operante ed effettiva, salvo le esclusioni di cui al precedente art. 2:

- dalle ore 24 dalla data di decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale per malattie gravi improvvise o 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

- dal 180° giorno successivo alla data di decorrenza del Modulo per le malattie gravi degenerative, quali:
  - Cancro
  - Morbo di Alzheimer
  - Morbo di Parkinson
  - Sclerosi Multipla
  - Malattia del Motoneurone
  - Demenze causate da Alzheimer

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);
- 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.

Analogamente a quanto sopra, in caso di variazione del contratto (in continuità di copertura) per aumento del livello di copertura (esempio passaggio da livello GOLD 200.000 euro a livello DIAMOND 400.000 euro) 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.

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 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.

8.1 Variazione delle somme assicurate

Il Cliente può richiedere la variazione delle somme assicurate a condizione che la versione del Modulo sia ancora in vendita al momento della richiesta. A fronte della richiesta Intesa Sanpaolo Protezione, inoltre, stabilisce le condizioni per la variazione e, in caso di accettazione da parte del Cliente, emette apposita Appendice contrattuale.

articolo 9. OBBLIGHI 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. Le comunicazioni devono essere inviate per iscritto a: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. via San Francesco d'Assisi, 10, 10122 Torino.

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

sezione II

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 per richiedere la Second Opinion - Regime di assistenza diretta

Per richiedere la Second opinion, l'Assicurato (o, se impossibilitato, chi agisce per suo conto) deve contattare Intesa Sanpaolo Protezione chiamando:

il numero 800.124.124 (dall'Italia) o +39 02.30.32.80.13 (dall'estero) da lunedì a venerdì dalle 8:30 alle 20:00 ed il sabato dalle ore 8:30 alle ore 13:30.

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.

10.2 Procedura per richiedere il pagamento degli indennizzi per Malattie Gravi per il rimborso delle spese per la garanzia Visita Specialistica di controllo

L'Assicurato o qualsiasi altra persona avente titolo (es. familiare, amministratore di sostegno, tutore) può richiedere l'indennizzo per Malattie gravi utilizzando:

l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni

l'Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Protezione accessibile dal sito internet di Intesa Sanpaolo Protezione www.intesasanpaoloprotezione.com

oppure per iscritto tramite:

E-mail a: sinistrifideuram@intesasanpaoloprotezione.com oppure

PEC a: sinistrifideuram@pec.intesasanpaoloprotezione.com

raccomandata A/R: a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., Via San Francesco d'Assisi, 10, 10122 – Torino

fax: al numero 011.093.1062

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 avente titolo (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
- 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 valuterà se richiedere ulteriore documentazione (anche in originale) se gli elementi che descrivono la malattia grave dell'Assicurato risultassero insufficienti a concludere la valutazione. Intesa Sanpaolo Protezione si riserva la facoltà di 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 rimborso delle spese per la garanzia Visita Specialistica di controllo

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

- documentazione quietanzata del pagamento delle spese sostenute (fatture, parcelle, ricevute), emessa da Istituto di cura, da Centro medico o da Medico Specialista. I documenti di spesa devono riportare in modo evidente e leggibile la ragione sociale della società emittente e la data in cui è stata effettuata la visita. 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.

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.

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 la sola grave malattia "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 della visita per la visita di controllo
- quella della richiesta di Second Opinion per il secondo parere medico.

10.4 Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano e dall'Inglese deve essere accompagnata da traduzione asseverata in Italiano.

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

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 e 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.
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 avente 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 a 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 della richiesta di 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. 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.

GLOSSARIO

APPENDICE CONTRATTUALE
Il documento sottoscritto dal Contraente per l'acquisto o per l'estinzione di Moduli (rispetto al contratto di polizza) o per la variazione degli elementi contrattuali quali ad esempio dei massimali o delle somme assicurate, per l'acquisto o per l'eliminazione delle Estensioni di garanzia

ASSISTENZA DIRETTA
Modalità di erogazione delle prestazioni con cui Intesa Sanpaolo Protezione eroga la Second Opinion, autorizzata 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.).

CONCLUSIONE DEL TRATTAMENTO ATTIVO DELLA PATOLOGIA
Ai fini della formazione dell'"oblio oncologico", per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.

DATA EVENTO
- Garanzia: "Malattie Gravi"
  La data di prima Diagnosi della malattia grave, tra quelle previste nel Modulo, certificata dopo la data di decorrenza dell'Assicurazione.
  In caso di malattia grave "Trapianto d'organi", la data in cui l'Assicurato viene inserito nelle liste d'attesa di trapianti in Italia oppure, qualora tale inserimento non sia previsto, la data in cui viene effettuato il trapianto.
- Garanzia "Second opinion", la data della richiesta di Second Opinion per il secondo parere medico.
- Garanzia "Visita specialistica di controllo".
  La data in cui viene effettuata la visita.

DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO
Il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193 in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.

DOCUMENTO DI POLIZZA
È il documento sottoscritto dalle parti che riporta i dati anagrafici dell'Assicurato, i Moduli acquistati, le somme assicurate/massimali, il premio pagato, la durata delle coperture assicurative e attesta l'esistenza del contratto di assicurazione.

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.

POLIZZA
Documento che attesta il contratto di assicurazione

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

QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI
Documento che descrive la storia clinica e lo stato di salute dell'Assicurato (nonché informazioni in merito alle professioni non assicurabili) sulla base delle risposte che fornisce. Costituisce parte integrante della Polizza.

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

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

SINISTRO
Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la copertura assicurativa.

ALLEGATO 1- Tabella riepilogativa dei limiti del Modulo Malattie Gravi

	Livello SILVER	Livello GOLD	Livello DIAMOND
Malattie gravi	Indennizzo (una sola volta) 100.000 euro	Indennizzo (una sola volta) 200.000 euro	Indennizzo (una sola volta) 400.000 eurp
Second Opinion	una sola volta	una sola volta	una sola volta
Visita specialistica di controllo in Forma Rimborsuale	1 volta per annualità di polizza Max 150 euro	1 volta per annualità di polizza Max 150 euro	1 volta per annualità di polizza Max 150 euro

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

MALATTIE GRAVI					
MODULO PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI BASE CLIENTE	MODULO PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI GOLD CLIENTE	MODULO PACCHETTO CONVENZIONE	MALATTIE GRAVI DIAMOND CLIENTE
Età		Età		Età	
18	-	18	-	18	-
19	0,9888	19	0,9857	19	0,9837
20	1,0201	20	1,0215	20	1,0226
21	0,9967	21	0,9944	21	0,9929
22	1,0202	22	1,0214	22	1,0220
23	1,0348	23	1,0379	23	1,0401
24	1,0367	24	1,0399	24	1,0418
25	1,0430	25	1,0467	25	1,0489
26	1,0441	26	1,0478	26	1,0502
27	1,0464	27	1,0509	27	1,0532
28	1,0443	28	1,0479	28	1,0502
29	1,0428	29	1,0460	29	1,0481
30	1,0550	30	1,0597	30	1,0624
31	1,0587	31	1,0635	31	1,0665
32	1,0538	32	1,0579	32	1,0600
33	1,0545	33	1,0583	33	1,0605
34	1,0529	34	1,0564	34	1,0584
35	1,0556	35	1,0595	35	1,0617
36	1,0650	36	1,0690	36	1,0715
37	1,0666	37	1,0708	37	1,0731
38	1,0874	38	1,0929	38	1,0959
39	1,0934	39	1,0990	39	1,1021
40	1,0985	40	1,1039	40	1,1070
41	1,1082	41	1,1136	41	1,1166
42	1,0999	42	1,1046	42	1,1072
43	1,1087	43	1,1134	43	1,1159
44	1,1072	44	1,1113	44	1,1135
45	1,1041	45	1,1079	45	1,1100
46	1,0999	46	1,1032	46	1,1049

47	1,0793	47	1,0815	47	1,0827
48	1,0885	48	1,0908	48	1,0920
49	1,0861	49	1,0882	49	1,0894
50	1,0869	50	1,0889	50	1,0899
51	1,0875	51	1,0894	51	1,0904
52	1,0835	52	1,0852	52	1,0861
53	1,0889	53	1,0906	53	1,0914
54	1,0875	54	1,0891	54	1,0899
55	1,0870	55	1,0884	55	1,0892
56	1,0868	56	1,0881	56	1,0888
57	1,0861	57	1,0873	57	1,0879
58	1,0900	58	1,0912	58	1,0918
59	1,0897	59	1,0908	59	1,0914
60	1,0912	60	1,0923	60	1,0928
61	1,0906	61	1,0915	61	1,0920
62	1,0887	62	1,0896	62	1,0900
63	1,0890	63	1,0899	63	1,0903
64	1,0912	64	1,0920	64	1,0924
65	1,0911	65	1,0919	65	1,0922
66	1,0930	66	1,0937	66	1,0941
67	1,0925	67	1,0932	67	1,0935
68	1,0916	68	1,0923	68	1,0926
69	1,0892	69	1,0897	69	1,0900
70	1,0897	70	1,0902	70	1,0904
71	1,0541	71	1,0544	71	1,0545
72	1,0644	72	1,0647	72	1,0649

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario e delle professioni non assicurabili

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 + in relazione all'attuale stato di salute (assumibilità del rischio) dell'Assicurato (**Nome/Cognome**).

AVVERTENZA
Si ricorda che, in base al "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.
Ai fini della formazione dell'oblio oncologico, per "conclusione del trattamento attivo della patologia" si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.
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).

TIPO 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 disinfestazione, 15) addetto allo smaltimento dei rifiuti speciali (incl. 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	Negli ultimi 5 anni ha ricevuto una diagnosi o si è sottoposto ad accertamenti / ha sofferto di uno o più delle seguenti malattie: (si prega di selezionare tutte le risposte valide) 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 guarito) 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 e/o iperparatiroidismo e/o ipercolesterolemia) i. Malattia nefrologica (esclusi calcoli renali e cisti renali singole e semplici) j. Malattia degli occhi (ad es. 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? 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.	Si - No
5	Negli ultimi 5 anni si è sottoposto a cure per una o più patologie non oncologiche fra quelle sotto indicate 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): a. Malattia cardiovascolare (escluse ipertensione in compenso farmacologico, pericardite acuta totalmente guarita) b. Malattie 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/o 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 E' 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 es. piastrinopenia, neutropenia, disturbi del midollo) h. Malattia degli occhi (ad es. retinopatia, glaucoma, degenerazione maculare, cataratta bilaterale) i. Malattia dei cerebrovascolari (ad es. 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	Selezionare tutte le risposte valide
6	Ha mai presentato uno stato di coma?	Si - No

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

N	Domande	Risposta
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 hai 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 e/o indifferenziata b. Poliartrite nodosa c. Sclerodermia d. Lupus Erimatoso sistemico e. Nessuna delle precedenti	Selezionare tutte le risposte valide
12	Indicare Peso e altezza	Peso in Kg Altezza in cm

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