

**Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)**

Compagnia: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Prodotto: XME Protezione – Modulo Ricoveri e Interventi

Data di realizzazione: 20/03/2021

Il documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

La polizza può essere sottoscritta esclusivamente da chi è titolare di un conto corrente presso Intesa Sanpaolo.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

L'impresa di assicurazione - denominata nel seguito "Compagnia" - è Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., Società del Gruppo Intesa Sanpaolo.

Sede legale: Via Lazzari, 5 - Venezia Mestre

tel. +39 041 2518798

sito internet: www.intesasampaolorbmsalute.com;

e-mail: info@intesasampaolorbmsalute.com PEC: comunicazioni@pec.intesasampaolorbmsalute.com

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione con il numero 1.00161 appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

In base all'ultimo bilancio d'esercizio disponibile, redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. dispone della seguente situazione patrimoniale:

Patrimonio netto: 306.026.694 Mln €	
Di cui Capitale sociale: 160 Mln €	Di cui Riserve patrimoniali: 100.873.413Mln €

Per informazioni più approfondite sulla società consulta la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito al seguente link: https://www.intesasampaolorbmsalute.com/informazioni_societarie

Di seguito un dettaglio dei principali dati presenti nella relazione:

Requisito patrimoniale di solvibilità (SCR)	Requisito patrimoniale minimo (MCR)	Fondi propri ammissibili per copertura del SCR	Fondi propri ammissibili per copertura del MCR	Indice di solvibilità (solvency ratio)
184.707.420 Mln €	46.176.855 Mln €	322.795.948 Mln €	321.320.852 Mln €	175% (185% al netto dell'add on di capitale)

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

MODULO RICOVERI E INTERVENTI

Massimali

Puoi scegliere tra quattro livelli di copertura, alternativi tra loro. L'importo del massimale varia a seconda del livello scelto



Che cosa è assicurato?

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
	€ 250.000	€ 500.000	€ 750.000	€ 1.000.000

	GARANZIA	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Coperture assicurative offerte	Ricoveri con/ senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico S.S.N. (indennità sostitutiva ricovero)	€ 100 max. 180 gg.	€ 150 max. 270 gg.	€ 200 max. 300 gg.	€ 250 max. 365 gg.
	DH (Day Hospital)	indennità al 50%	indennità al 50%	indennità al 50%	indennità al 50%
	Pre ricovero	45gg	60gg	90gg	120gg
	Post ricovero	45gg	60gg	90gg	120gg
	Limite cure fisioterapiche post ricovero	€ 500	€ 750	€ 1.000	€ 1.500
	Limite cure oncologiche pre/post ricovero	€ 1.000	€ 1.500	€ 2.000	€ 3.000
	Parto fisiologico	€ 1.000	€ 2.000	€ 3.000	€ 4.000
	Parto cesareo	€ 2.000	€ 4.000	€ 6.000	€ 8.000
	Interventi neonatali (malformazioni congenite)	€ 5.000 entro 6 mesi dalla nascita	€ 10.000 entro 6 mesi dalla nascita	€ 20.000 entro 12 mesi dalla nascita	€ 30.000 entro 12 mesi dalla nascita
	Limite retta di degenza	€ 150 al giorno	€ 250 al giorno	€ 300 al giorno	€ 350 al giorno
	Limite app. protesici/sanitari	€ 250	€ 500	€ 750	€ 1.000
	Accompagnatore	€ 50 max. 50 gg.	€ 75 max. 50 gg.	€ 100 max. 50 gg.	€ 150 max. 50 gg.
	Trasporto dell'Assicurato	€ 1.500	€ 2.500	€ 3.500	€ 5.000
	Medicina estetica				
	Massimale		€ 1.000	€ 1.500	€ 2.500
	Pre ricovero		30 gg	30 gg	30 gg
	Post ricovero		30gg	30 gg	30 gg
	Sindromi influenzali di natura pandemica positività+ isolamento fiduciario o ricovero (con/ senza terapia intensiva)	Indennità forfettaria €250	Indennità forfettaria €250	Indennità forfettaria € 350	Indennità forfettaria € 500



Che cosa è assicurato?

Ricovero con o senza intervento in Istituto di Cura	Prima del ricovero ✓ spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati prima del ricovero o dell'intervento chirurgico purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico Durante il ricovero ✓ onorari del chirurgo, dell'aiuto chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipi all'intervento ✓ diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato ✓ rette di degenza, escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente ✓ spese per l'assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, trattamenti fisioterapici e riabilitativi Dopo il ricovero ✓ spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali effettuati dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico Trapianti ✓ spese sostenute per ricevere l'organo trapiantato								
Degenza in regime di Day Hospital/Day Surgery o Intervento Ambulatoriale	Durante la degenza ✓ spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, assistenza medica, rette di degenza, cure e medicinali Prima e dopo la degenza (solo in caso di Day Surgery o Intervento ambulatoriale) ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche sostenuti prima e dopo la degenza, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessaria la stessa								
Parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico	Prima del ricovero ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati prima del ricovero o dell'intervento chirurgico purché pertinenti al parto naturale o cesareo o all'aborto terapeutico. Durante il ricovero ✓ onorari del chirurgo, dell'aiuto chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipi all'intervento ✓ diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato ✓ rette di degenza, escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente ✓ spese per l'assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, trattamenti fisioterapici e riabilitativi Dopo il ricovero ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali effettuati dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico ✓ parto cesareo: sono comprese le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocoele, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia)								
Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti congeniti neonatali	✓ spese per interventi effettuati sul figlio neonato entro il numero di mesi dalla nascita, diversificati in base al livello di copertura prescelto: <table><tr><th>BASE</th><th>SILVER</th><th>GOLD</th><th>PLATINUM</th></tr><tr><td>6 MESI</td><td>6 MESI</td><td>12 MESI</td><td>12 MESI</td></tr></table>	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM	6 MESI	6 MESI	12 MESI	12 MESI
BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM						
6 MESI	6 MESI	12 MESI	12 MESI						



Che cosa è assicurato?

Retta di degenza dell'Accompagnatore	✓ spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore dell'Assicurato in Istituto di cura o struttura alberghiera (se non c'è disponibilità nell'Istituto)
Trasporto sanitario	✓ spese per il trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno dal domicilio dell'Assicurato) e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.
Indennità sostitutiva in caso di ricovero dell'Assicurato in assenza di spese	✓ se l'Assicurato non sostiene spese durante il ricovero, la Compagnia paga un'indennità variabile in funzione del livello di copertura scelto dal Cliente ✓ in caso di ricovero in Day Hospital l'importo è ridotto al 50%. ✓ non è pagata per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero con pernottamento nella stessa struttura sanitaria.
Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetica	✓ spese sostenute per interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetiche: ✓ teleangectasie ✓ asportazione xantelasma ✓ adiposità localizzate ✓ blefaroplastica (2 o 4 palpebre) ✓ capezzolo introflesso ✓ correzione chirurgica cicatrice >5 cm ✓ cicatrici da acne ✓ correzione chirurgica cicatrice <5 cm ✓ dermoabrasione ✓ innesto dermoepidermico ✓ ricostruzione lobi auricolari ✓ otoplastica «orecchie a sventola» ✓ revisione di cicatrice ✓ interventi ricostruttivi a seguito di intervento chirurgico indennizzabile rientrante nella garanzia Ricovero con o senza intervento in Istituto di Cura Prima del ricovero ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati prima dell'intervento chirurgico purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario l'intervento chirurgico. Durante il ricovero ✓ onorari del chirurgo, dell'aiuto chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipi all'intervento ✓ diritti di sala operatoria, materiale di intervento ✓ rette di degenza, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente ✓ assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami. Dopo il ricovero ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, effettuati dopo l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario l'intervento chirurgico.
Indennità per sindrome influenzale di natura pandemica	Indennità forfettaria riconosciuta una sola volta per annualità di polizza nei seguenti casi: ✓ in caso di esito positivo degli accertamenti relativi alla presenza di sindromi influenzali di natura pandemica, conseguente isolamento fiduciario imposto dall'Autorità Sanitaria competente ✓ in alternativa, in caso di ricovero (con o senza terapia intensiva) dell'Assicurato con o senza intervento chirurgico, per l'accertamento o la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, presso: - struttura SSN - struttura accreditata o convenzionata con il SSN - struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad es. ospedali privati, militari e da campo)

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

[MODULO RICOVERI E INTERVENTI](#)

Non sono previste opzioni a fronte di un pagamento di premio

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

[MODULO RICOVERI E INTERVENTI](#)

Non sono previste opzioni per le quali è prevista una riduzione del premio



Che cosa NON è assicurato?

[MODULO RICOVERI E INTERVENTI](#)

Rischi esclusi

Non è assicurabile chi, quando comincia la copertura assicurativa:

- ✗ ha più di 70 anni o, se è stato già assicurato con il Modulo nei precedenti 5 anni e in tale periodo il Cliente non ha mai dato disdetta dalla polizza o dal Modulo di cui era assicurato, ha più di 75 anni
- ✗ è alcolista, tossicodipendente e affetto da sieropositività HIV
- ✗ non è residente in Italia
- ✗ sta seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) e/o per malattie del pancreas (escluso diabete) che non consentono il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) o cure farmacologiche, chemioterapiche, radioterapiche per neoplasie maligne
- ✗ è affetto da sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, se in forma lieve)
- ✗ ha un'invalidità totale e permanente con soglia uguale o superiore al 33% o abbia fatto domanda per ottenerla
- ✗ è affetto da disturbi neurologici del movimento o da patologie del sistema nervoso centrale (ad esempio: malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Sclerosi multipla, altro) o distrofia muscolare
- ✗ è affetto da Lupus eritematoso sistemico (LES).

Non è assicurabile chi nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell'appendice contrattuale:

- ✗ sia stato affetto da una malattia del fegato diversa da Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica e/o angioma epatico e/o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ
- ✗ sia stato affetto da una malattia dell'apparato digerente diversa da stipsi, gastrite, da una malattia del sangue, da una paralisi, da una forma di cecità che abbia richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi, sia stato in coma.

Inoltre, non può essere assicurato chi abbia almeno sei delle seguenti condizioni:

- ✗ è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia
- ✗ è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) diversa da cefalea e/o emicrania
- ✗ è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del pancreas (diversa da diabete)
- ✗ è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite
- ✗ è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema urologico diversa da ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali
- ✗ è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso



Che cosa NON è assicurato?

- diabete mellito) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo
- ✖ sta attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- ✖ sta attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del fegato che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- ✖ sta attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del/i polmone/i che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- ✖ sta attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema urologico che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- ✖ sta attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema endocrino (compreso diabete mellito) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- ✖ è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dell'apparato uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- ✖ è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- ✖ è stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- ✖ è affetto da forma lieve di Parkinson o altre disabilità non gravi
- ✖ negli ultimi 2 anni è stato impossibilitato a svolgere le mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi
- ✖ è affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali, altro)
- ✖ ha subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura
- ✖ è affetto da connettivite mista
- ✖ è affetto da poliartrite nodosa
- ✖ è affetto da sclerodermia.

La Compagnia non fornisce alcuna prestazione in caso di:

- ✖ infortuni avvenuti alla guida di veicoli in genere in stato di ubriachezza o in conseguenza di azioni delittuose dell'Assicurato o di atti di autolesionismo
- ✖ infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo il caso di uso a scopo terapeutico) o di sostanze allucinogene
- ✖ infortuni che derivino dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con respiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportino l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill"
- ✖ infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
- ✖ infortuni o malattie che siano conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
- ✖ infortuni o malattie che siano conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- ✖ infortuni o malattie che siano conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- ✖ malattie mentali o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
- ✖ interruzione volontaria della gravidanza
- ✖ interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quanto previsto dalle garanzie "Ricoveri con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, interventi chirurgici"



Che cosa NON è assicurato?

ambulatoriali, parto, aborto terapeutico" e "Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetica"

- ✖ prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale), con l'eccezione degli interventi chirurgici odontoiatrici che si siano resi necessari a seguito di infortunio o di neoplasia maligna indennizzabili ai sensi di polizza
- ✖ cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze, salvo quanto previsto dalla garanzia Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti neonatali
- ✖ prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza
- ✖ trattamenti di medicina alternativa o complementare
- ✖ ricoveri in lungodegenza
- ✖ prestazioni sanitarie, cure e interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari
- ✖ correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) e interventi di cataratta
- ✖ interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità nonché prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica
- ✖ prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel "dopo il ricovero"
- ✖ spese per prestazioni di routine o controllo, vaccinazioni
- ✖ spese sostenute in strutture non autorizzate o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
- ✖ ricoveri impropri
- ✖ conseguenze dirette o indirette di pandemie, salvo quanto previsto dalla garanzia indennità per sindrome influenzale di natura pandemica

Non sono, altresì, comprese le spese:

- ✖ alberghiere sostenute dopo il ricovero, in caso di ricovero con o senza intervento in Istituto di cura
- ✖ connesse alla donazione degli organi sia da parte dell'Assicurato che di terzi, in caso di trapianto
- ✖ concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente, in caso di Day Hospital/Day Surgery o intervento ambulatoriale
- ✖ per le eliambulanzze, in caso di trasporto sanitario
- ✖ connesse al monitoraggio della gravidanza, in caso di parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico.



Ci sono limiti di copertura?

MODULO RICOVERI E INTERVENTI

! La Copertura prevede scoperti e franchigie a carico dell'Assicurato. In particolare:

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico				
in Network	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
fuori Network	scoperto 25% min. € 1.000 a evento	scoperto 20% min. € 750 a evento	scoperto 15% min. € 500 a evento	scoperto 10% min. € 350 a evento
mista:				
Struttura in Network	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
Équipe fuori Network	scoperto 25% min. € 1.000 a evento	scoperto 20% min. € 750 a evento	scoperto 15% min. € 500 a evento	scoperto 10% min. € 350 a evento
ticket	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia
Medicina estetica (per interventi elencati in art. 1.8)				
in Network	non previsto	franchigia € 350 a intervento	franchigia € 350 a intervento	franchigia € 350 a intervento
fuori Network		scoperto 25% min. € 500 a intervento	scoperto 20% min. € 500 a intervento	scoperto 15% min. € 500 a intervento
ticket		nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia	nessuno scoperto/ franchigia

! Il livello di copertura BASE non prevede gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetiche.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

MODULO RICOVERI E INTERVENTI



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?	DENUNCIA DI SINISTRO	L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o in regime misto o in regime rimborsuale contattando la Centrale Operativa al numero 800.124.124. L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o in regime misto o in regime rimborsuale anche dall'App messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute. In alternativa l'Assicurato può denunciare il sinistro, limitatamente al regime rimborsuale, inviando richiesta scritta a: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. c/o Previmedical S.p.A. Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV) oppure all'indirizzo pec comunicazioni@pec.intesasampaolorbmsalute.com o all'indirizzo e-mail sinistrixmp@intesasampaolorbmsalute.com. Il Cliente può denunciare il sinistro in regime rimborsuale anche dall'Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura, che gestisce l'Area Clienti di XME Protezione.
	ASSISTENZA DIRETTA/IN CONVENZIONE	Le prestazioni vengono erogate tramite la Centrale Operativa grazie ad una specifica convenzione sottoscritta con Previmedical – Servizi per sanità integrativa.
	GESTIONE DA PARTE DI ALTRE IMPRESE	Non sono previste prestazioni fornite da altre Compagnie
	PRESCRIZIONE	I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952 del Codice Civile).
DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.	
OBBLIGHI DELL'IMPRESA	✓ Regime di assistenza diretta: rilasciare il VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di autorizzazione completa se le verifiche tecnico-mediche-assicurative hanno avuto esito positivo ✓ Regime rimborsuale: disporre il pagamento entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria e se, a seguito dell'Istruttoria, il sinistro è risultato indennizzabile.	



Quando e come devo pagare?

MODULO RICOVERI E INTERVENTI

PREMI	Ad ogni annualità di polizza successiva a quella dell'acquisto il premio è incrementato in funzione dell'età dell'Assicurato e può variare in caso di cambio di residenza dall'Assicurato.
RIMBORSI	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

MODULO RICOVERI E INTERVENTI

DURATA	Sono previsti dei periodi in cui la copertura non è operante. In particolare, le prestazioni operano dalle ore 24: ✖ del giorno di decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per le prestazioni da infortunio ✖ del 30° giorno successivo alla decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per i ricoveri da malattia e per l'indennità in caso di sindromi influenzali di natura pandemica ✖ del 90° giorno successivo alla decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche ✖ del 271° giorno successivo alla decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per il parto e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti neonatali. ✖ Il ricovero iniziato durante il periodo di carenza e proseguito oltre lo stesso non dà diritto alle prestazioni previste dal Modulo. In ogni caso, al compimento degli 80 anni dell'Assicurato, alla scadenza della successiva annualità di polizza, le coperture del Modulo non saranno più rinnovabili.
SOSPENSIONE	Non è prevista la sospensione del contratto.



Come posso disdire la polizza?

MODULO RICOVERI E INTERVENTI

RIPENSAMENTO DOPO LA STIPULAZIONE	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
RISOLUZIONE	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



A chi è rivolto questo prodotto?

MODULO RICOVERI E INTERVENTI

Il prodotto è rivolto a persone fisiche maggiorenni, titolari di un conto corrente presso Intesa Sanpaolo, che abbiano un bisogno di protezione per sé stessi o per la propria famiglia, in caso di eventi relativi a infortuni o a malattie che rendano necessari ricoveri o interventi chirurgici.

La sottoscrizione della polizza XME Protezione è libera e non necessaria per ottenere prodotti e servizi bancari (come ad esempio finanziamenti, carte di pagamento e mutui).



Quali costi devo sostenere?

MODULO RICOVERI E INTERVENTI

La quota parte percepita dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal contratto, è pari al 24% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

MODULO RICOVERI E INTERVENTI

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ALL'IMPRESA ASSICURATRICE	Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A. Ufficio Reclami Via Lazzari, 5 - 30174 Venezia Mestre (VE) Fax: 0110932609 Email: reclami@intesasnpaolorbmsalute.com Pec: reclami@pec.intesasnpaolorbmsalute.com compilando online il modulo: https://www.intesasnpaolorbmsalute.com/reclami.html La Compagnia dovrà fornire riscontro al reclamo entro il termine di 45 giorni dal ricevimento dello stesso.
ALL'IVASS	In caso di esito insoddisfacente del reclamo o in caso di assenza di risposta o di risposta tardiva da parte della Compagnia è possibile rivolgersi all'Autorità di Vigilanza competente in materia: IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax: 06.42133206 PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
MEDIAZIONE	Con l'assistenza necessaria di un avvocato, l'Assicurato può interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98) per raggiungere un accordo tra le parti. Il tentativo di mediazione costituisce la condizione per poter procedere con una causa civile. La richiesta di mediazione può essere inviata a: INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A. Ufficio Reclami Via Lazzari, 5 - 30174 Venezia Mestre (VE) oppure all'indirizzo PEC: reclami@pec.intesasnpaolorbmsalute.com
NEGOZIAZIONE ASSISTITA	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa. La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.
ALTRI SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE	Per la risoluzione extragiudiziale delle controversie tra un consumatore residente nell'Unione Europea e Intesa Sanpaolo RBM Salute relative a polizze acquistate sul sito internet della Compagnia o di Intesa Sanpaolo, è disponibile la piattaforma web "Risoluzione online delle controversie" istituita dalla Commissione Europea con il Regolamento UE n. 524/2013 accessibile all'indirizzo: https://ec.europa.eu/consumers/odr/ La piattaforma mette a disposizione l'elenco degli Organismi di risoluzione extragiudiziale delle controversie tra cui è possibile, di comune accordo, individuare l'Organismo a cui demandare la risoluzione della controversia. L'indirizzo di posta elettronica della Compagnia è reclami@pec.intesasnpaolorbmsalute.com

MODULO RICOVERI E INTERVENTI

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE- AREA CLIENTI*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.