



INTESA SANPAOLO
ASSICURA

Condizioni Particolari

Polizza
XME Protezione
Modulo Malattie Gravi

Indice

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

| | |
|--|----------------------|
| PREMESSA | pag. 1 di 12 |
| Art.1 Che cosa è assicurato | pag. 1 di 12 |
| 1.1 Gravi patologie | pag. 1 di 12 |
| 1.2 Assistenza | pag. 2 di 12 |
| Art.2 Che cosa non è assicurato | pag. 4 di 13 |
| 2.1 Persone non assicurabili | pag. 4 di 12 |
| 2.2 Categorie professionali non assicurabili | pag. 4 di 12 |
| 2.3 Esclusioni delle coperture Gravi patologie e Assistenza | pag. 5 di 12 |
| 2.3.1 Esclusioni della solo copertura Gravi patologie | pag. 6 di 12 |
| Art.3 Dove valgono le coperture | pag. 6 di 12 |
| Art.4 Dichiarazioni del contraente - Questionario sanitario | pag. 7 di 12 |
| Art.5 Quando cominciano e quando finiscono le coperture | pag. 7 di 12 |
| 5.1 Carenze | pag. 7 di 12 |
| Art.6 Modifiche del premio del Modulo | pag. 7 di 12 |
| Art.7 Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie | pag. 8 di 12 |
| NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINITRI | pag. 8 di 12 |
| Art. 8 Denuncia del sinistro | pag. 8 di 12 |
| 8.1 Garanzia "Gravi patologie" | pag. 8 di 12 |
| 8.2 Garanzia "Assistenza" | pag. 9 di 12 |
| 8.3 Accertamenti della Compagnia | pag. 9 di 12 |
| Art. 9 Termini per il pagamento dei sinistri | pag. 9 di 12 |
| Art. 10 Liquidazione dell'indennizzo | pag. 10 di 12 |
| FAC SIMILE QUESTIONARIO SANITARIO | pag. 11 di 12 |
| GLOSSARIO | pag. 1 di 12 |

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

PREMESSA

Le presenti Condizioni Particolari del Modulo Malattie Gravi (nel seguito per semplicità il "Modulo") integrano le Condizioni Generali di Assicurazione della Polizza XME Protezione (nel seguito della "Polizza") consegnate prima della sottoscrizione della Polizza e regolano le coperture assicurative del Modulo che il Contraente della Polizza (nel seguito per semplicità lo definiremo il "Cliente") può acquistare contestualmente all'acquisto della Polizza oppure in un momento successivo, sottoscrivendo rispettivamente il Modulo di Polizza o l'apposita Appendice Contrattuale.

Articolo 1

CHE COSA E' ASSICURATO

Con l'acquisto del Modulo il Cliente acquista per sé le coperture sottostanti:

- **Gravi patologie**
- **Assistenza**

Il Cliente può scegliere tra **4 livelli di capitali assicurati crescenti**:

| CAPITALE ASSICURATO |
|---|
| € 70.000 |
| € 100.000 |
| € 200.000 |
| € 300.000 (solo per Assicurati con età inferiore a 60 anni) |

1.1 GRAVI PATOLOGIE

Il Modulo prevede il pagamento di un indennizzo forfettario indicato nel Modulo di Polizza o nell'Appendice Contrattuale, qualora all'Assicurato in vita venga diagnosticata una delle seguenti gravi patologie.

A. Infarto miocardico

Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno che abbia dato seguito ai seguenti sintomi:

- Sintomi clinici tipici (ad esempio il tipico dolore cardiaco);
- Comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG;
- Variazioni degli enzimi cardiaci registrati almeno ai seguenti livelli:
 - Troponin T > 1.0 ng/ml;
 - AccuTnl > 0.5 ng/ml o soglia equivalente secondo altri metodi Troponin 1.

Devono sussistere prove certe di un infarto miocardico acuto compatibili con la definizione indicata in precedenza.

B. Cancro

Ogni diagnosi di neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova istologica. Il termine neoplasia maligna comprende anche leucemia, linfoma e sarcoma.

C. Ictus cerebrale

Morte del tessuto cerebrale a causa di un'inadeguata irrorazione di sangue o di un'emorragia intracranica che produca un danno neurologico permanente con sintomi permanenti.

4. Insufficienza renale

L'irreversibilità cronica o l'insufficienza totale di entrambi i reni a conseguenza della quale si rende necessaria una regolare dialisi renale.

5. Insufficienza epatica cronica terminale

L'Insufficienza epatica cronica terminale che è da intendersi permanente e irreversibile e caratterizzata da ittero permanente, varici esofagee, ascite e encefalopatia epatica.

I criteri sopra menzionati devono essere presenti in modo persistente e la diagnosi di insufficienza epatica cronica terminale deve essere stata confermata dal medico specialista in Gastroenterologia o in Medicina Interna.

6. Trapianto d'organo:

Sottoposizione come ricevente al trapianto di midollo osseo o al trapianto completo di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone.

È necessaria la certificazione dell'inserimento in linea d'attesa presso un centro qualificato in Italia.

7. Coma

Stato di perdita della coscienza, della motilità volontaria e della sensibilità che causa conseguenze persistenti.

È richiesta una diagnosi certa di uno stato di incoscienza senza reazione o risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni che si protrae continuativamente per almeno 96 ore e che:

- ha un punteggio della scala di Glasgow minore o uguale a 8;
- richiede l'impiego di sistemi di supporto delle funzioni vitali;
- provoca un deficit neurologico persistente che deve essere valutato almeno 30 giorni dopo l'insorgere del coma.

La diagnosi deve essere confermata da un neurologo.

8. Sclerosi laterale amiotrofica

La sclerosi laterale amiotrofica (SLA) è una malattia del motoneurone, ovvero una patologia neurologica progressiva che colpisce le cellule nervose (neuroni) deputate al controllo della muscolatura volontaria. La degenerazione e la conseguente morte del motoneurone superiore e inferiore provoca un'interruzione dei messaggi diretti ai muscoli e infine la perdita della capacità del cervello di dare avvio e controllare i movimenti volontari.

La diagnosi esatta di sclerosi laterale amiotrofica deve essere confermata da un neurologo come patologia progressiva che determina un deficit neurologico permanente. Il sinistro è liquidabile solo se la diagnosi esatta è stata formulata prima dei 60 anni di età dell'Assicurato.

9. Sclerosi multipla

Diagnosi inequivocabile da parte di un neurologo (validata dal risultato di una risonanza magnetica) che confermi la combinazione dei riscontri indicati di seguito, con una durata continuativa di almeno 6 mesi:

- Sintomi riferibili a processi demielinizzanti localizzati in tratti (sostanza bianca) che coinvolgono i nervi ottici, il tronco encefalico e il midollo osseo e provocano deficit neurologici ben definiti;
- Molteplici lesioni distinte;
- Anamnesi ben documentata di aggravamento e remissione dei suddetti sintomi / deficit neurologici;

Deve essere presente una compromissione clinica della funzione motoria o sensoriale.

10. Paralisi

Il termine paralisi indica la perdita totale, permanente e irreversibile della funzione muscolare di due o più arti in conseguenza di un infortunio o di una patologia a carico del midollo osseo. Per arto si intende un braccio o una gamba nella sua totalità.

1.2 ASSISTENZA

Ove venga diagnosticata una delle **gravi patologie elencate al precedente Art. 1, la struttura organizzativa di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A (nel seguito la "Struttura Organizzativa") fornisce le seguenti prestazioni di assistenza alla persona:**

a) Second opinion

Se l'Assicurato desidera far riesaminare la propria documentazione clinica al fine di ottenere una Second Opinion, potrà contattare la Struttura Organizzativa che metterà a disposizione la propria equipe medica per sottoporre il caso al parere di uno specialista presso un centro medico d'eccellenza.

L'Assicurato, o altra persona in sua vece nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato, dovrà spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il suo caso per il quale richiede la Second Opinion e dovrà inviare tutta la documentazione medica relativa in suo possesso. I medici della Struttura Organizzativa verificheranno tutta la documentazione pervenuta e provvederanno ad inviarla al centro medico ritenuto eccellente per la patologia dell'Assicurato.

Entro 10 gg lavorativi dalla ricezione della documentazione, la Struttura Organizzativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica, se necessario, tradotta in lingua italiana.

È facoltà dell'Assicurato, o di altra persona in sua vece nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato, richiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Centrale MSO ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del Centro Medico Internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o video conferenza.

La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio. Il costo di ulteriori eventuali specifiche indagini cliniche o scientifiche sarà a carico dell'Assicurato.

La prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per un massimo di una volta per annualità di polizza.

b) Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio

Qualora l'Assicurato, affetto da una delle gravi patologie di cui all'art. 1 che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a tre giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, secondo prescrizione del medico curante e al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata.

La prestazione è prevista per un massimale di 1.000,00 euro (IVA inclusa) per annualità di polizza, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza e viene fornita 24 ore su 24 per un massimo di due volte per annualità di polizza.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato o altra persona in sua vece nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato, dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

c) Assistenza fisioterapica post-ricovero a domicilio

Qualora l'Assicurato, affetto da una delle gravi patologie di cui all'art. 1 che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a tre giorni, necessiti di assistenza fisioterapica, la Struttura Organizzativa, secondo prescrizione del medico curante e al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza fisioterapica specializzata.

La prestazione è prevista per un massimale di 1.000,00 euro (IVA inclusa) per annualità di polizza, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza e viene fornita dalle ore 8 alle ore 18, dal lunedì al venerdì, per un massimo di due volte per annualità di polizza.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato o altra persona in sua vece nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato, dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della prestazione **due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.**

d) Invio baby-sitter

Qualora l'Assicurato, affetto da una delle gravi patologie di cui all'art. 1 sia nell'impossibilità di occuparsi dei figli minori di anni 14, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una baby-sitter.

La prestazione è prevista fino ad un massimo di 8 ore per sinistro e per annualità di polizza.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato o altra persona in sua vece nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato, dovrà presentare alla Struttura Organizzativa il certificato del medico curante con prognosi superiore a 3 giorni e **comunicare la necessità di usufruire della prestazione almeno 8 ore prima dell'attivazione.** In caso di indisponibilità del servizio entro il termine indicato, la Struttura Organizzativa si riserva di impiegare al massimo 48 ore per individuare una figura disponibile.

e) Taxi transfer per accompagnamento a scuola e per le attività extra scolastiche per figli minori di 14 anni

Qualora l'Assicurato, affetto da una delle gravi patologie di cui all'art. 1 si trovi nell'impossibilità di accompagnare a scuola o ad attività extrascolastiche i propri figli minori di anni 14, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente all'abitazione dell'Assicurato un taxi.

La prestazione è prevista fino ad un massimale di € 200,00 (IVA Inclusa) complessivi per sinistro e per annualità di polizza.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato o altra persona in sua vece nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato, dovrà presentare alla Struttura Organizzativa il certificato del medico curante con prognosi superiore a 3 giorni.

f) Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, affetto da una delle gravi patologie di cui all'art. 1 che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a tre giorni, necessiti dell'assistenza di una persona presso il proprio domicilio per attendere alle normali attività di conduzione della propria abitazione nell'arco delle prime due settimane di convalescenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una collaboratrice familiare.

La prestazione è prevista fino ad un massimale di € 200,00 per sinistro e per annualità di polizza.

Per l'attivazione della copertura, l'Assicurato o altra persona in sua vece nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato, dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

g) Invio medicinali all'abitazione

Qualora l'Assicurato, affetto da una delle gravi patologie di cui all'art. 1 non possa allontanarsi dalla propria abitazione per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e necessiti di medicine, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante.

Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari è a carico dell'Assicurato.

La prestazione viene fornita **per un massimo di tre volte per annualità di polizza.**

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

h) Custodia animali

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in Istituto di Cura causato da una delle gravi patologie di cui all'art. 1 di durata superiore a tre giorni sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici e non abbia la possibilità di affidarli ad un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura

Per l'attivazione della copertura, l'Assicurato o altra persona in sua vece nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

La prestazione è prevista per le spese di pensionamento fino ad un massimo di € 200,00 (Iva inclusa) complessivi per sinistro e per annualità di polizza.

Articolo 2**CHE COSA NON E' ASSICURATO****2.1 Persone non assicurabili**

Non sono assicurabili le persone:

- **che al momento della decorrenza delle coperture del Modulo di polizza o dell'Appendice contrattuale non abbiano ancora compiuto 18 anni;**
- **che al momento della decorrenza delle coperture del Modulo di polizza o dell'Appendice contrattuale del Modulo abbiano compiuto il 61° anno di età - se la durata di polizza scelta è pari a 10 anni;**
- **che al momento della decorrenza delle coperture del Modulo di polizza o dell'Appendice contrattuale abbiano compiuto il 66° anno di età - se la durata del Modulo scelta è pari a 5 anni;**

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS.

Se nel corso dell'annualità di polizza l'Assicurato compie 70 anni, le coperture del Modulo continuano fino alla scadenza della Polizza e non sarà più possibile rinnovarle tacitamente.

Se la Compagnia viene a conoscenza del fatto che l'Assicurato, al momento dell'acquisto del Modulo era alcolista, tossicodipendente, malato di AIDS o di sindromi a esso correlate, la Compagnia restituirà al Cliente il premio pagato al netto delle imposte.

Se in corso di validità delle coperture del Modulo Malattie Gravi l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, malato di AIDS o di sindromi a esso correlate, le coperture del Modulo Malattie Gravi cessano contestualmente e i premi eventualmente incassati successivamente dalla Compagnia saranno restituiti al Cliente al netto delle imposte.

2.2 Categorie professionali non assicurabili

Non sono inoltre assicurabili le seguenti categorie professionali:

- **personale che lavora in miniere, gallerie, pozzi, dighe, tunnel ed è direttamente coinvolto nei processi di estrazione, o in attività nel sottosuolo di costruzione o esplorazione;**
- **personale che lavora in qualsivoglia piattaforma off-shore, sottomarino o nave ed è direttamente coinvolto in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare;**
- **palombari, speleologi, sminatori, artificieri, stuntman, personale circense;**
- **personale a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivi o sistemi esplosivi;**
- **personale delle forze armate impiegato in missione all'estero.**

Se l'Assicurato diventa parte di una delle precitate categorie professionali in corso di validità della Polizza, si applicano le disposizioni dell'Art. 1898 del Codice Civile.

2.3 Esclusioni delle coperture Gravi patologie e Assistenza

Premesso che l'assicurazione prevista dal presente Modulo è prestata per le alterazioni dello stato di salute degli Assicurati insorte e diagnosticate dopo l'efficace decorrenza della garanzia, le coperture non valgono in caso di:

- a) decesso dell'Assicurato prima della diagnosi della grave patologia;
- b) ricadute o recidive di patologie in atto o preesistenti alla decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale;
- c) insorgenza di una grave patologia che si manifesti entro i primi 5 anni dalla decorrenza del Modulo e che sia dovuta alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero da altra patologia ad essa collegata;
- d) malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale.

In caso di diagnosi di grave patologia, la liquidazione non sarà comunque effettuata se il sinistro è conseguenza di:

- e) dolo del contraente o dell'Assicurato;
- f) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- g) rifiuto di seguire le cure mediche;
- h) tentato suicidio o azioni di autolesionismo da parte dell'Assicurato;
- i) movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, terremoti e fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale;
- j) malattie nervose e mentali.
- k) diagnosi rilasciata al di fuori dell'Unione Europea (vengono comunque incluse Svizzera, Norvegia, Islanda e Regno Unito), Stati Uniti d'America, Canada e Australia, salvo quanto previsto all'Art. 13 "Denuncia del sinistro";
- l) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano. In tale caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente ministero;
- m) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- n) uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- o) guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni o scioperi, sommosse, tumulti cui l'Assicurato abbia preso parte attiva
- p) abuso di alcool, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e/o sostanze psicotrope e simili;
- q) contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra;
- r) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche);
- s) diagnosi effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale.

In caso di diagnosi di grave patologia, la liquidazione non sarà inoltre effettuata se il sinistro sia riconducibile alla pratica delle seguenti attività sportive:

- t) alpinismo oltre 3° grado di difficoltà scala UIAA e oltre 4000 metri di altezza;
- u) attività di sub (non accompagnati, in notturna, senza brevetto e senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità visita di grotte, visita di relitti e ricerca di tesori, campane subacquee e tentativi di record);
- v) sci alpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo;
- w) gare di automobilismo, gare di motociclismo, motonautica, paracadutismo, speleologia;
- x) sport estremi (base jumping, canyoning /torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping /repelling, canoa /rafting);
- y) volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio;
- z) equitazione, pugilato.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'Assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

Il diritto all'Assistenza fornito dalla Compagnia decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

2.3.1. Esclusioni della sola copertura Gravi patologie

Oltre a quanto già previsto dal precedente punto 2.3, per la copertura Gravi Patologie sono operanti le seguenti esclusioni:

1. Infarto miocardico: dalla copertura vengono espressamente escluse le sindromi coronariche acute, ossia tutte le diminuzioni temporanee del flusso sanguigno attraverso le arterie che non determinano necrosi del tessuto cardiaco, come ad esempio l'angina pectoris.

2. Cancro: dalla copertura vengono espressamente esclusi:

- tutti i casi che sono istologicamente classificati come segue:
 - pre maligni, come ad esempio trombocitemia e policitemia rubra vera;
 - non invasivi;
 - carcinoma in situ;
 - con potenziale maligno limitato o basso;
- i tumori della prostata, tiroide e vescica che siano istologicamente classificati, secondo il sistema TNM, in uno stadio T1N0M0, inferiore o equivalente ad altri tipi di classificazione in uso, oppure quelli classificati con un grado di Gleason 6 o di grado inferiore;
- leucemia linfocitica cronica che siano istologicamente classificati inferiormente al Binet Stage A;
- tutti i tipi di tumore in presenza del virus HIV;
- qualsiasi tumore della pelle, al di fuori del melanoma maligno che abbia causato un'invasione oltre l'epidermide (strato esterno della pelle).

3. Ictus cerebrale: dalla copertura vengono espressamente esclusi:

- attacchi ischemici transitori (TIA);
- danni traumatici al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni.

4. Insufficienza epatica cronica terminale: dalla copertura viene esclusa l'insufficienza epatica cronica terminale secondaria da abuso di alcoolici e droghe.

5. Trapianto d'organo: dalla copertura vengono espressamente esclusi i trapianti di qualsiasi altro organo non precedentemente indicato, parti di organo o di tessuti o cellule.

6. Coma: dalla copertura vengono espressamente esclusi:

- coma farmacologico (artificiale) e/o il prolungamento del coma quale metodo di terapia;
- qualsiasi coma conseguente a lesioni auto-inflitte o provocate dall'Assicurato in stato di ebbrezza nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili. Si considera in stato di ebbrezza una persona cui sia stato riscontrato un tasso alcolemico superiore ai limiti previsti dalla legge vigente (Art. 186 del Codice della strada, Decreto legge n. 1720 del 30/07/10).

7. Paralisi: dalla garanzia vengono espressamente esclusi:

- lesioni auto-inflitte o provocate dall'Assicurato in stato di ebbrezza nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili. Si considera in stato di ebbrezza una persona cui sia stato riscontrato un tasso alcolemico superiore ai limiti previsti dalla legge vigente (Art. 186 del Codice della strada, Decreto legge n. 1720 del 30/07/10).
- lesioni derivanti dallo svolgimento delle professioni elencate all'Art 2.2 "Categorie professionali non assicurabili".

Articolo 3

DOVE VALGONO LE COPERTURE

La copertura "Gravi Patologie" ha validità in tutto il mondo salvo le limitazioni presenti all' Art. 8 *Denuncia del sinistro* delle Condizioni Particolari.

Le coperture "Assistenza" hanno validità in Italia, nella Repubblica San Marino e nello Stato della città del Vaticano.

Articolo 4

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE - QUESTIONARIO SANITARIO

Le coperture del Modulo e il relativo premio di polizza sono determinati in base alle informazioni e dichiarazioni fornite dal Contraente, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. **Le dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo dovuto a seguito di sinistro.**

È indispensabile che le dichiarazioni attinenti lo stato di salute rese dall'Assicurato nel questionario sanitario siano necessariamente precise e veritiere senza tralasciare circostanze o informazioni che riguardano il proprio stato di salute, pena la nullità della copertura.

Articolo 5

QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE

Le coperture del Modulo cominciano alle ore 24 della data indicata nel Modulo di Polizza o nell'Appendice Contrattuale, a condizione che sia stato pagato il premio, e cessano alla data di scadenza della Polizza.

In caso di tacito rinnovo della scadenza della Polizza sarà rinnovata per un ulteriore anno anche la scadenza delle coperture del Modulo, salvo disdetta della Polizza o del Modulo da parte del Cliente o della Compagnia, da comunicarsi nei tempi e con le modalità previste dalle Condizioni Generali di Polizza

Se acquistato contestualmente alla Polizza XME Protezione, le coperture finiscono alle ore 24 della quinta ricorrenza annua della Polizza successiva alla decorrenza delle coperture del Modulo, se il Cliente ha scelto una durata del Modulo pari a 5 anni

Se acquistato contestualmente alla Polizza XME Protezione le coperture finiscono alle ore 24 della decima ricorrenza annua della Polizza successiva alla decorrenza delle coperture del Modulo, se il Cliente ha scelto una durata pari a 10 anni.

5.1. Carenze

La copertura diventa effettivamente operante dalle ore 24 del **90° giorno successivo alla decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale**

Le malattie manifestatesi nel periodo di Carenza non danno diritto alla prestazione assicurativa **anche se la diagnosi viene certificata a periodo di Carenza concluso.**

Articolo 6

MODIFICHE DEL PREMIO DEL MODULO

La Compagnia può variare unilateralmente l'importo del premio del Modulo, previa comunicazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza delle coperture del Modulo.

In tal caso, il Contraente ha il diritto di esercitare la disdetta dal Modulo nelle modalità indicate nella comunicazione inviata da Compagnia.

In assenza di disdetta la Polizza e il Modulo si intenderanno tacitamente rinnovate alle nuove condizioni di premio.

Articolo 7

SISTEMI ALTERNATIVI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

Oltre a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Polizza, qualora tra l'Assicurato o i suoi Beneficiari e la Compagnia insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della malattia o sulla valutazione della diagnosi, la decisione della controversia può essere demandata a un Collegio di tre medici. L'incarico deve essere conferito per iscritto con indicazione dei termini della controversia.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte e il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

La richiesta può essere inviata a:

Intesa Sanpaolo Assicura
Ufficio Sinistri
Via San Francesco d'Assisi, 10 – 10122 Torino
oppure all'indirizzo e-mail comunicazioni@pec.intesasanpaoloassicura.com
ovvero al numero di fax +39 011.093.10.62.

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Articolo 8

DENUNCIA DEL SINISTRO

8.1. Garanzia "Gravi patologie"

Per avere diritto alle prestazioni previste dalla garanzia Gravi Patologie l'Assicurato dovrà essere in vita al momento della diagnosi.

La diagnosi rilasciata all'Assicurato (in vita) da una struttura medica al di fuori dell'unione Europea (vengono comunque incluse Svizzera, Norvegia, Islanda e Regno Unito), Stati Uniti D'America, Canada e Australia dovrà essere confermata da una Struttura Sanitaria ubicata in Italia.

Se il decesso dovesse sopravvenire prima della conferma della diagnosi in Italia non verrà corrisposto il capitale previsto dal Modulo di polizza o dell'Appendice contrattuale .

La denuncia di sinistro e la relativa documentazione riferita alle gravi patologie di cui all'art. 1 e per le quali la copertura è prestata, deve essere presentata dall'Assicurato o dal Cliente o da altra persona in sua vece entro 30 giorni dalla data della diagnosi tramite una e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: sinistri@pec.intesasanpaoloassicura.com

oppure tramite raccomandata A/R a

Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A.
Ufficio Sinistri
Via San Francesco d' Assisi, 10 - 10122 Torino

Unitamente alla denuncia di sinistro dovrà essere inviata alla Compagnia la seguente documentazione:

- dichiarazione del medico specialista che attesti lo stato di salute dell'Assicurato;
- cartelle cliniche e certificazione medica riferita alla grave patologia oggetto del sinistro;

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere eventuale ulteriore documentazione, qualora quella ricevuta non risulti completa.

A seguito della liquidazione del capitale assicurato il Modulo si estingue e nessun'ulteriore prestazione sarà prevista nell'eventualità che venga diagnosticata una seconda grave patologia.

Per informazioni sullo stato del sinistro è possibile telefonare alla Compagnia al Numero: 800.124.124 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 20.00 e il sabato dalle 08.30 alle 13.30.

8.2. Garanzia "Assistenza"

Le prestazioni di assistenza sono fornite dalla Struttura Organizzativa di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A. (in seguito la "Struttura Organizzativa") alla quale l'Assicurato o altra persona in sua vece nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato, potrà rivolgersi direttamente 24 ore su 24 chiamando il numero:

**800.124.124 per le chiamate dall'Italia
+ 39 02.30328013 per le chiamate dall'estero**

In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al n. **02.24128245**.

In ogni caso l'Assicurato o altra persona in sua vece nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato, deve comunicare e fornire:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita;
2. Nome e Cognome;
3. Indirizzo del luogo in cui si trova;
4. Il recapito telefonico tramite il quale la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo;
5. Certificazione medica che attesti la diagnosi della Grave Patologia.

Qualora l'Assicurato non abbia preventivamente contattato la Struttura Organizzativa per qualsiasi motivo, la Compagnia non provvederà ad indennizzare le prestazioni previste in quanto non direttamente disposte dalla Struttura Organizzativa stessa.

8.3 Accertamenti della Compagnia

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione attinente e produrre la documentazione medica del caso; inoltre l'Assicurato e, se del caso, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici incaricati dalla Compagnia e qualsiasi indagine o accertamento che siano ritenuti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Articolo 9

TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI

Entro 30 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione completa Intesa Sanpaolo Assicura S.p.a. provvede al pagamento dell'indennizzo all'Assicurato.

Decorso tale termine, la Compagnia sarà tenuta a corrispondere gli interessi moratori agli aventi diritto sino alla data di effettivo pagamento. Tali interessi sono dovuti dal giorno della mora, al tasso legale determinato ai sensi di legge, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

L'Assicurato è il Beneficiario del capitale assicurato e matura il diritto all'indennizzo se in vita al momento della diagnosi. Il caso di decesso dell'Assicurato, successivo alla diagnosi, il diritto all'indennizzo resta comunque acquisito e viene trasmesso agli eredi.

Articolo 10

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Una volta ricevuta la necessaria documentazione ed eseguite tutte le opportune valutazioni sul sinistro la Compagnia provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni a **condizione che non sia stata fatta opposizione o non si verifichi uno dei casi previsti nelle condizioni contrattuali per cui la copertura non opera.**

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO E DELLE PROFESSIONI NON ASSICURABILI

Il presente questionario serve per determinare se l'Assicurato (Nome e Cognome) possa stipulare Il Modulo Malattie Gravi in relazione al suo attuale stato di salute (assumibilità del rischio), con scadenza il xx/xx/xxx. Le risposte alle seguenti domande sono necessarie per la sottoscrizione del Modulo.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa anche ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Prima della sottoscrizione, quindi, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate.

1) Selezionando la riga riferita alla sua altezza in centimetri ti chiediamo di dichiarare se il tuo peso rientra nel limite espresso in chilogrammi della riga selezionata:

| | | |
|-----------|--|--------------------------|
| 1 | Altezza tra 150 cm - 155 cm, peso tra 41 kg - 78 kg | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Altezza tra 156 cm - 160 cm, peso tra 44 kg - 84 kg | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Altezza tra 161 cm - 165 cm, peso tra 47 kg - 89 kg | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Altezza tra 166 cm - 170 cm, peso tra 50 kg - 95 kg | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Altezza tra 171 cm - 175 cm, peso tra 53 kg - 101 kg | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Altezza tra 176 cm - 180 cm, peso tra 56 kg - 107 kg | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Altezza tra 181 cm - 185 cm, peso tra 59 kg - 113 kg | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Altezza tra 186 cm - 190 cm, peso tra 63 kg - 120 kg | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Altezza tra 191 cm - 195 cm, peso tra 66 kg - 126 kg | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Altezza tra 196 cm - 200 cm, peso tra 70 kg - 133 kg | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Altezza tra 201 cm - 205 cm, peso tra 73 kg - 140 kg | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Altezza tra 206 cm - 210 cm, peso tra 77 kg - 147 kg | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Altezza tra 211 cm - 215 cm, peso tra 82 kg - 154 kg | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Altezza tra 216 cm - 220 cm, peso tra 86 kg - 161 kg | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Non c'è nessuna riga nella quale il mio peso rientra nei limiti indicati in funzione della mia altezza | <input type="checkbox"/> |

- 2) Sei attualmente sotto controllo medico per valori aumentati di glicemia o ti è mai stato diagnosticato un diabete mellito? SI' NO
- 3) Negli ultimi cinque anni sei stato ricoverato in ospedale a causa di malattie cardiovascolari, cerebrovascolari, tumorali, del fegato, dei polmone/i, del pancreas e/o dei reni? SI' NO
- 4) Fai attualmente uso regolare e continuativo di farmaci (ad eccezione di antipertensivi e/o farmaci per la cura di iperlipidemia e asma) per la cura di malattie cardiovascolari, cerebrovascolari, tumorali, dei polmoni, del pancreas, del fegato e/o dei reni o l'hai fatto durante gli ultimi cinque anni? SI' NO
- 5) Ti è stata riconosciuta un'invaldità totale e permanente o ha fatto domanda per ottenerla? SI' NO
- 6) Ti trova in una, o più di una, delle condizioni di seguito elencate?
 • Dipendente da sostanze psicotrope (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non prescritti a seguito di terapie mediche);
 • Sieropositivo o affetto da AIDS;
 • Affetto da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici.
 SI' NO
- 7) Hai sofferto o soffri di problemi correlati a sclerosi multipla o a sclerosi laterale amiotrofica e/o ti è mai stato suggerito da un medico di sottoporsi a esami specialistici per le due patologie precedentemente indicate che abbiano dato esiti fuori dalla norma? SI' NO
- 8) Svolgi una delle seguenti professioni non assicurabili:
 • Personale che lavora in miniere, gallerie, pozzi, dighe, tunnel ed è direttamente coinvolto nei processi di estrazione o in attività di costruzione o esplorazione nel sottosuolo;
 • Personale che lavora in qualsivoglia piattaforma off-shore, sottomarino o nave ed è direttamente coinvolto in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
 • Palombari, speleologi, sminatori, artificieri, stuntman, personale circense;
 • Personale a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivi o sistemi esplosivi; Personale delle forze armate impiegato in missione all'estero.
 SI' NO

Luogo e Data

Firma dell'Assicurato

L'Assicurato attesta di aver risposto in modo consapevole alle domande del questionario e che le risposte indicate sono conformi a quelle dallo stesso fornite.

Firmato con firma grafometrica da "Nome e Cognome dell'Assicurato"
Il "XX/XX/XXXX alle ore "hh:mm"

Assicurato
X

Firmato digitalmente da "Nome e Cognome dell'Assicurato"
Il "XX/XX/XXXX alle ore "hh:mm"

Assicurato
X

GLOSSARIO**APPENDICE CONTRATTUALE**

Il documento sottoscritto dal Contraente che descrive, quando effettuate successivamente alla polizza XME Protezione, le operazioni di acquisto di nuovi Moduli, di variazione dei massimali e/o di disdetta dei moduli già acquistati.

ASSICURATO

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

CAPITALE ASSICURATO

La somma dovuta da Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. in caso di sinistro.

CARENZA

Il periodo che intercorre tra la stipulazione del contratto e l'effettiva decorrenza della copertura assicurativa.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso terapeutico/diagnostico effettuato, gli esami, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

COMPAGNIA

La Compagnia Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. ha sede legale in Italia, Corso Inghilterra 3 - 10138

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione, che risiede stabilmente in Italia

DATA DEL SINISTRO

Giorno in cui viene accertata la diagnosi.

MODULI

Le coperture assicurative acquistabili con la polizza XME Protezione.

MOMENTO DELLA DIAGNOSI

Momento (data e ora) in cui un medico certifica, all'Assicurato in vita, una delle Gravi Patologie indicate all' Art. 1 "Oggetto delle coperture: che cosa assicuriamo", delle Condizioni di Assicurazione.

MSO (Medical Second Opinion)

Seconda opinione medica gestita ed erogata, in virtù dell'accordo con medici specialisti nazionali ed internazionali, da una struttura in funzione dalle ore 9.00 alle 18.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

ORGANISMO DI MEDIAZIONE

Ente pubblico o privato, iscritto nell'apposito registro istituito presso il Ministero della Giustizia, presso il quale si può svolgere il procedimento di mediazione.

PERIODO ASSICURATIVO

Periodo che va dalla decorrenza della copertura del Modulo assicurativo alla scadenza della polizza "XME Protezione".

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dei moduli acquistati.

RISCHIO

La possibilità che si verifichi l'evento Assicurato.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata la garanzia.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura, costituita da medici, tecnici e operatori in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, della quale la Compagnia si avvale, sulla base di una convenzione sottoscritta con IMA Italia Assistance S.p.A., e che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni previste nel Modulo.

Polizza XME Protezione