



Modulo Sostegno e Assistenza

Appendice
alle Condizioni di Assicurazione
della polizza XME Protezione

Edizione Dicembre 2024

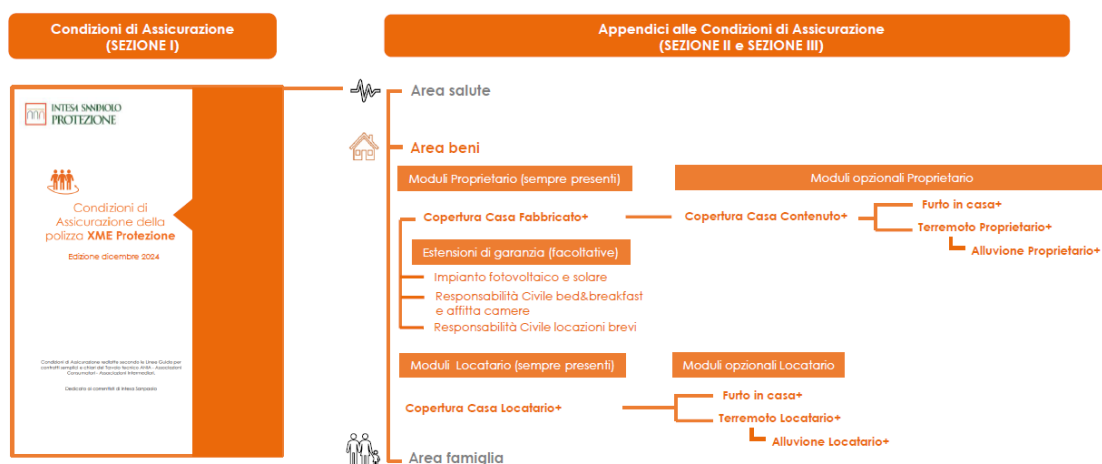
Modulo Sostegno e Assistenza

Caro Cliente,

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

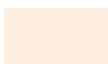
Nel Modulo sono presenti:

- **SEZIONE II** (Art. 1 – 8) – Norme relative alle coperture assicurative acquistate
- **SEZIONE III** (Art. 9 - 11) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**



Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del **Modulo Sostegno e Assistenza** 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 e limiti.
- **elemento grafico di colore grigio**, identifica le clausole vessatorie che è necessario conoscere prima della sottoscrizione del contratto e che richiederanno una specifica approvazione in sede di acquisto della polizza
- **elemento grafico di colore arancione**, identifica le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie od oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato su cui è importante porre l'attenzione prima della sottoscrizione del contratto.



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

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

Grazie per l'interesse dimostrato

Indice

PREMESSA

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

Articolo 1. CHE COSA È ASSICURATO	Pag. 1 di 29
1.1 Garanzia Sostegno	Pag. 2 di 29
1.2 Garanzia Assistenza	Pag. 2 di 29
Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 4 di 29
2.1 Persone non assicurabili	Pag. 7 di 29
2.2 Esclusioni per tutte le garanzie	Pag. 7 di 29
Articolo 3. DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 8 di 29
Articolo 4. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Pag. 9 di 29
Articolo 5. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 9 di 29
5.1 Carenze	Pag. 10 di 29
Articolo 6. DETERMINAZIONE DEL PREMIO	Pag. 10 di 29
Articolo 7. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO	Pag. 10 di 29
Articolo 8. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	Pag. 10 di 29

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Articolo 9. DENUNCIA DEL SINISTRO	Pag. 11 di 29
9.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Domanda di pagamento dell'indennità una tantum in caso di non autosufficienza (Garanzia Sostegno)	Pag. 11 di 29
9.1.1 Condizioni di erogazione	Pag. 11 di 29
9.1.2 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa	Pag. 11 di 29
9.1.3 Casi di rifiuto del sinistro	Pag. 12 di 29
9.2 Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta (Garanzia Assistenza)	Pag. 12 di 29
9.2.1 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa di ICC	Pag. 12 di 29
9.2.2 Casi di rifiuto del sinistro	Pag. 13 di 29
9.3 Data dell'evento	Pag. 13 di 29
9.4 Lingua della documentazione	Pag. 13 di 29
9.5 Accertamenti della Compagnia	Pag. 14 di 29
9.6 Decesso dell'Assicurato	Pag. 14 di 29
9.7 Prestazioni tra due annualità	Pag. 14 di 29
Articolo 10. TERMINI PER IL PAGAMENTO DELL'INDENNITA' – GARANZIA SOSTEGNO	Pag. 15 di 29
Articolo 11. TERMINI PER L'ATTIVAZIONE – GARANZIA ASSISTENZA	Pag. 15 di 29

GLOSSARIO

ALLEGATO 1 - Tabella riepilogativa modulo sostegno e assistenza	Pag. 16 di 29
ALLEGATO 2 - Tabella dei coefficienti	Pag. 18 di 29
ALLEGATO 3 - Fac-simile Questionario Sanitario	Pag. 18 di 29
ALLEGATO 4 – Modulo per la richiesta dell'indennità di non autosufficienza	Pag. 19 di 29
	Pag. 24 di 29

PREMESSA

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del Modulo Sostegno e Assistenza (d'ora in poi il Modulo) che il Contraente (d'ora in poi il Cliente) può acquistare, per sé o per conto di altro soggetto (d'ora in poi l'Assicurato) da Intesa Sanpaolo Protezione (d'ora in poi la Compagnia) insieme alla polizza XME Protezione (d'ora in poi Polizza) o in un secondo momento e integrano la Sezione I delle Condizioni di Assicurazione.

La sottoscrizione del Modulo è subordinata alla compilazione di un Questionario Sanitario per verificare che l'Assicurato abbia le condizioni di assicurabilità e all'accettazione del rischio assicurativo da parte della Compagnia.

Sono previsti i seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

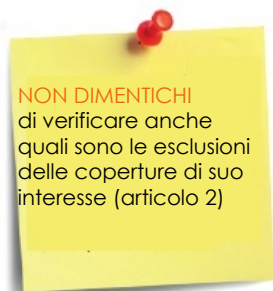
ASSISTENZA DIRETTA

Modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale la Compagnia paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate dalla Centrale Operativa di International Care Company (d'ora in poi ICC), direttamente alla struttura sanitaria del Network.

REGIME INDENNITARIO

Modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale la Compagnia riconosce un'indennità una tantum a seguito del riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE



Sezione II

Il Modulo prevede, in caso di malattia o infortunio degli Assicurati:

- l'erogazione di un'indennità una tantum in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato per un periodo pari ad almeno 30 giorni.
- prestazioni socioassistenziali al verificarsi di uno stato di emergenza per malattia o infortunio da cui derivi uno stato di non autosufficienza o un deficit deambulatorio, sensitivo, sensoriale o cognitivo che non consenta l'ordinario svolgimento delle attività quotidiane.

L'entità dell'indennità una tantum varia in base al livello di copertura scelto dal Cliente tra quelli previsti dal Modulo, denominati Silver, Gold e Platinum.

L'importo delle prestazioni socioassistenziali è il medesimo, indipendentemente dal livello di copertura scelto dal Cliente.

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

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

Si ricorda che per questo Modulo:

- il nucleo familiare è rappresentato dal coniuge o dalla persona unita civilmente o dal convivente di fatto e dai minori in affidamento, anche di un solo coniuge, della persona unita civilmente e del convivente di fatto anche se non conviventi con il Cliente e anche se non fiscalmente a carico e dai genitori del Contraente, anche se non conviventi
- l'annualità di polizza va dalla data di inizio delle coperture del Modulo o dalla data del tacito rinnovo delle stesse, fino alla data di scadenza della Polizza.

I soggetti assicurati devono essere indicati dal Cliente nel modulo di polizza sottoscritto all'acquisto della Polizza o nell'Appendice contrattuale sottoscritta successivamente all'acquisto della polizza.

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

Centrale Operativa: è la struttura organizzativa alla quale rivolgersi in caso di sinistro per attivare la copertura del Modulo

Network: è la rete convenzionata di ICC, costituita da medici, infermieri, strutture e operatori socio-sanitari e socioassistenziali

da sapere: per "una tantum" si intende che l'indennità viene riconosciuta una sola volta all'anno.

Unione civile: l'unione costituita tra soggetti maggiorenni dello stesso sesso nelle modalità previste dalla Legge 20 maggio 2016, n.76

Conviventi di fatto: si intendono 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 un'unione civile, nelle modalità previste dalla Legge 20 maggio 2016, n. 76)

Tacito rinnovo: la scadenza della polizza si rinnova di anno in anno senza necessità di un consenso esplicito del Cliente

Il Cliente può assicurare sé stesso o uno o più componenti del proprio Nucleo Familiare, purché residenti in Italia e di età almeno pari a 65 anni.

Contraente e Assicurato: facciamo chiarezza

Il Contraente è la persona che sottoscrive la polizza e paga il premio e può non coincidere con l'Assicurato.

L'Assicurato è il soggetto o i soggetti che beneficiano delle coperture.

Articolo 1. Che cosa è assicurato

Il Modulo prevede, in caso di malattia o infortunio degli Assicurati:

- l'erogazione di un'indennità una sola volta all'anno (una tantum) in caso di non autosufficienza – Garanzia Sostegno
- prestazioni socioassistenziali al verificarsi di uno stato di emergenza per deficit deambulatorio, sensitivo, sensoriale o cognitivo che non consenta l'ordinario svolgimento delle attività quotidiane o per non autosufficienza – Garanzia Assistenza.

Per l'indennità una tantum, il Modulo prevede 3 livelli di copertura: Silver, Gold e Platinum. La scelta del livello di copertura comporta il riconoscimento di un'indennità una tantum di importo inferiore o superiore mentre non produce alcun effetto con riferimento alle prestazioni della Garanzia Assistenza, che vengono erogate sempre alle stesse condizioni. Si riporta di seguito una tabella riassuntiva degli indennizzi previsti dalle due Garanzie.

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Garanzia Sostegno			
65 – 69 anni	€ 2.500	€ 3.500	€ 7.500
70 – 74 anni	€ 2.500	€ 3.500	€ 7.500
75 – 79 anni	€ 2.500	€ 3.300	€ 7.100
80 – 90 anni	€ 1.800	€ 2.500	€ 5.400
Garanzia Assistenza			
Massimale annuo		€ 4.000	
Sub-massimale per evento		€ 1.600	
Numero massimo di eventi per annualità		3	
Durata massima delle prestazioni socioassistenziali per evento		15 gg	

sub-massimale: si intende l'importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun'annualità di polizza e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto

Si precisa che il Cliente può richiedere la variazione del livello di copertura inizialmente scelto. Tale variazione deve essere concordata con la Compagnia in base ai livelli di copertura vigenti al momento della richiesta.

1.1 Garanzia Sostegno

La Compagnia riconosce un'indennità una volta all'anno (una tantum) in caso d'infortunio o malattia per il quale derivi dall'Assicurato la perdita di autosufficienza nel compimento delle attività primarie, nei limiti di quanto indicato nelle condizioni di liquidazione variabili a seconda del livello di copertura prescelto e comunque per un periodo pari ad almeno 30 giorni.

Lo stato di non autosufficienza deve verificarsi successivamente alla data di inizio copertura per l'Assicurato e durante il periodo di copertura della polizza.

In caso di rinnovo del Modulo, se è già stata riconosciuta un'indennità per non autosufficienza, l'Assicurato non può richiederne un'altra per lo stesso evento.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

È riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute venga valutato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana:

- lavarsi
- vestirsi e svestirsi
- igiene del corpo
- mobilità
- continenza
- bere e mangiare.

La valutazione viene fatta dal medico di medicina generale o medico specialista sulla base del modello fornito dalla Compagnia (allegato 4) – o modulo analogo, riportante gli stessi contenuti – e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestanti le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza viene effettuato dal medico di Intesa Sanpaolo Protezione sulla base della valutazione fatta dal medico di medicina generale o dal medico specialista e di eventuale altra documentazione.

il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza, è di 40 punti.

• Lavarsi

1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e uscire dalla vasca da bagno, o dalla doccia: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e uscire dalla vasca da bagno o dalla doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

• Vestirsi e svestirsi

1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

• Igiene del corpo

1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente i seguenti gruppi di attività:

- (1) utilizzare i servizi igienici
 - (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
 - (3) effettuare atti di igiene personale dopo aver utilizzato i servizi igienici:
- punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

• Mobilità

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

colostomia: abboccamento chirurgico tra colon e parete addominale per permettere al contenuto fecale di fuoriuscire attraverso una via alternativa a quella naturale

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

- **Continenza**

1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

- **Bere e mangiare**

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto, né alimentarsi artificialmente: punteggio 10

1.2 Garanzia Assistenza

La Compagnia eroga le prestazioni socioassistenziali, attivabili 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, nei limiti di quanto indicato nelle condizioni di liquidazione, quando l'Assicurato si trovi, a seguito d'infortunio o malattia, in uno stato d'emergenza per:

- deficit deambulatorio, sensitivo, sensoriale o cognitivo che non consenta l'ordinario svolgimento delle attività quotidiane o
- non autosufficienza (così come descritta al punto 1.1. Garanzia Sostegno).

attestati da certificazione medica (es. certificato di Pronto soccorso o di ricovero, cartella clinica, etc...).

Le prestazioni relative alla Garanzia Assistenza vengono erogate tramite la Centrale Operativa di International Care Company (ICC) grazie ad una specifica convenzione sottoscritta fra questa e la Compagnia:

- **Telemedicina**
- **Assistenza infermieristica**
- **Assistenza medica**
- **Assistenza socioassistenziale - Operatore Socio-Sanitario (OSS)**
- **Assistenza extra-domiciliare**
- **Trasporto**

Tali prestazioni possono essere fruite per il periodo massimo di durata del piano assistenziale e nei limiti dei massimali di polizza per un numero massimo di 3 eventi per annualità di polizza.

Richiesta di assistenza dell'Assicurato

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, deve telefonare alla Centrale Operativa entro 24 ore dal rilascio della certificazione medica che comprovi lo stato di emergenza, al fine di richiedere le prestazioni.

La Centrale Operativa intervista telefonicamente l'Assicurato (o uno dei soggetti sopra citati), analizza la richiesta pervenuta ed effettua una prima valutazione del caso.

A seguito di riconoscimento dello stato di emergenza ICC, tramite un Care manager, predispone un Piano Assistenziale Individuale (d'ora in poi PAI), con cui individua le prestazioni da erogare sulla base dello stato di emergenza dell'Assicurato e della documentazione medica presentata entro 5 giorni dall'attivazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Care Manager: Team multidisciplinare per la individuazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)

Il Care Manager può fornire informazioni sui servizi sociosanitari erogati dalle strutture del Network ed eventuali ulteriori informazioni utili alla gestione dello stato d'emergenza.

Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della documentazione sanitaria pervenuta, ICC si riserva la facoltà di effettuare delle verifiche in merito allo stato d'emergenza dell'Assicurato.

Riconoscimento dello stato d'emergenza e attivazione del PAI

Nel caso in cui ICC riconosca sussistere uno stato d'emergenza, il Care Manager predispone il PAI, che ha una durata non superiore al periodo di effettiva emergenza e comunque fino ad un massimo di 15 giorni. Il PAI viene formalizzato all'interno di un apposito documento.

Tale documento può essere eventualmente integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL).

Una volta predisposto il documento contenente il PAI, ICC lo invia all'Assicurato all'indirizzo email fornito in occasione del primo contatto, e lo avvisa tramite sms.

Il PAI può essere aggiornato sulla base delle esigenze evidenziate dall'Assicurato, previa valutazione da parte di ICC.

Il professionista incaricato da ICC si reca al domicilio dell'Assicurato per l'erogazione delle prestazioni previste dal PAI. Se, a seguito delle stesse, l'Assicurato necessita di ulteriore assistenza la può richiedere contattando la Centrale Operativa di ICC, che valuterà la richiesta.

ICC provvede a monitorare costantemente l'andamento del PAI, eventualmente modificandolo anche in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso o dalle Strutture Convenzionate utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste.

ICC si riserva la facoltà di sottoporre l'Assicurato a ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le sue condizioni cliniche.

Prestazioni socioassistenziali

Telemedicina

Nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato a recarsi in autonomia presso una struttura sanitaria può contattare tramite telefonata o videochiamata il Servizio Medico della Centrale Operativa per un consulto medico generico o specialistico.

La prestazione viene fornita a seguito di una prima valutazione del Servizio medico della Centrale Operativa anche mediante la verifica della documentazione medica che attesti lo stato di salute dell'Assicurato e la sua impossibilità a recarsi in autonomia presso una struttura sanitaria.

Le aree di specializzazione sono:

- Angiologia
- Allergologia
- Andrologia
- Cardiologia
- Chirurgia
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Fisioterapia
- Gastroenterologia

- Geriatria
- Ginecologia
- Nefrologia
- Neurochirurgia
- Neurologia
- Oculistica
- Ortopedia
- Otorinolaringoiatria
- Pneumologia
- Reumatologia
- Senologia
- Urologia

La Centrale Operativa è disponibile per l'organizzazione di un appuntamento:
 o per il consulto medico generico, 24 ore 7 giorni su 7
 o per il consulto specialistico in cardiologia e geriatria, 24 ore 7 giorni su 7
 o per il consulto medico per tutte le altre specialità dalle 9:00 alle 18:00 su prenotazione.

Assistenza infermieristica

- Iniezioni intramuscolari e prelievi venosi
- Prelievo venoso
- Clistere
- Medicazioni semplici
- Gestione stomie
- Gestione PEG/Sondino naso gastrico
- Gestione catetere vescicale
- Medicazioni complesse
- Broncoaspirazione
- Terapie endovenose/infusioni
- Gestione catetere venoso centrale
- Assistenza diurna/notturna al domicilio
- Rimozione punti sutura
- Ablazione gesso
- Bendaggi
- Manipolazione e controllo drenaggi
- Supporto utilizzo dispositivi elettromedicali
- Esecuzione multistick urine/glicemia

Assistenza medica

- Invio medico generico a domicilio

Assistenza socioassistenziale - Operatore Socio-Sanitario (OSS)

- Igiene Personale
- Preparazione/Somministrazione pasti
- Supporto attività quotidiane
- Assistenza diurna/notturna al domicilio

Assistenza extra-domiciliare

- Consegna farmaci a domicilio
- Ritiro e consegna documentazione/referti/ricette al domicilio

Trasporto per esigenze mediche

- Trasporto taxi con ausili (es. carrozzina)
- Trasporto in barella con ambulanza non gestito dal 118
- Servizio accompagnamento e trasporto attrezzato per lo stato non autosufficienza dell'Assicurato

Tali prestazioni possono essere fruite per il periodo massimo di durata del piano assistenziale e nei limiti dei massimali di polizza per un numero massimo di 3 eventi per annualità di polizza.

stomia: procedura chirurgica volta a creare un'apertura a livello dell'addome con lo scopo di consentire la fuoriuscita delle sostanze di scarto (feci o urina) dall'organismo

Articolo 2. Che cosa non è assicurato

2.1 Persone non assicurabili

Non è possibile assicurare le persone che al momento della sottoscrizione della polizza o dell'Appendice contrattuale:

- abbiano età inferiore ai 65 anni
- abbiano almeno 75 anni e un giorno
- 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:

- siano affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
- siano seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ad es. ischemia, trombosi, emorragia) o per malattie del pancreas (escluso diabete) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) e/o persone che stanno seguendo cure (ad es. farmaci, chemioterapia, radioterapia) per neoplasie maligne
- siano affette da sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, se in forma iniziale)
- abbiano invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o che ne abbiano fatto domanda per ottenerla
- siano affette 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, SLA, Sclerosi multipla) o distrofia muscolare
- siano affette da Lupus eritematoso sistemico (LES)

Sono inoltre inassicurabili le persone che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell'Appendice contrattuale (o nei diversi termini previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 per le patologie oncologiche):

- essere state affette da una malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica, angioma epatico) o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ
- essere state affette da una malattia dell'apparato digerente (escluse stipsi, gastrite) o una malattia del sangue o una paralisi o una forma di cecità che abbia richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi o siano stati in coma.

Si precisa che ai fini della valutazione dell'assicurabilità, non rilevano le patologie oncologiche per le quali opera il cosiddetto "oblio oncologico" e pertanto, non essendo oggetto di indagine nell'ambito del Questionario Sanitario, non vanno dichiarate.

Non sono inoltre assicurabili le persone che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino trovarsi in almeno sei delle seguenti condizioni:

- essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia
- essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dei vasi cerebrali (ad. es. ischemia, trombosi, emorragia) diversa da cefalea e/o emicrania
- essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del pancreas (escluso diabete)
- essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite
- essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema urologico o urogenitale diversa da ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali
- essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo
- stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del fegato che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- stare 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)

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.

Tumore in situ: Tipo di cancro precoce non invasivo

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

- j) stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema urologico e/o urogenitale che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- k) stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema endocrino (compreso diabete) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)
- l) essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dell'apparato urologico o urogenitale (escluso ipertrofia prostatica) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi
- m) essere 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
- n) essere 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
- o) essere affetto da forma iniziale di Parkinson o altre disabilità non gravi
- p) negli ultimi 2 anni essere 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
- q) essere affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali)
- r) aver subito traumi o lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico o ingessatura
- s) essere affetto da connettivite mista /o indifferenziata
- t) essere affetto da poliartrite nodosa
- u) essere affetto da sclerodermia.

Si precisa che ai fini della valutazione dell'assicurabilità, non rilevano le patologie oncologiche per le quali opera il cosiddetto "oblio oncologico" e pertanto, non essendo oggetto di indagine nell'ambito del Questionario Sanitario, non vanno dichiarate.

Se, nel corso dell'annualità di polizza, l'Assicurato compie 90 anni, le coperture del Modulo cessano alla scadenza dell'annualità di polizza e non è più possibile rinnovarle.

Se, nel corso dell'annualità di polizza, l'Assicurato diventa non autosufficiente in modo permanente, le coperture del Modulo cesseranno alla scadenza dell'annualità di polizza e non sarà più possibile rinnovarle.

2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

La Compagnia non fornisce alcuna prestazione in caso di non autosufficienza o insorgenza dello stato d'emergenza che sia conseguenza diretta di:

1. infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti auto lesivi
2. infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
3. infortuni che derivino dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroski, 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 (esclusa l'arrampicata indoor), speleologia, sport aerei, sport che comportino l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill"
4. infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti
5. conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
6. conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
7. conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
8. prestazioni in conseguenza di malattie mentali e di malattie o infortuni derivanti dall'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
9. interventi di chirurgia plastica a scopo estetico
10. trattamenti di medicina alternativa o complementare
11. conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

stato di ubriachezza: sussiste quando il tasso alcolemico risulta superiore a 0,8 grammi per litro.

Da sapere:

la scala francese si utilizza per rappresentare il livello di difficoltà complessiva di un'arrampicata

Da sapere:

Patologie mentali e del comportamento (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nella classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ICD (International Classification of Diseases) del 1949 e successive modifiche e integrazioni.

medicina alternativa e complementare:

si intende un gruppo eterogeneo di terapie mediche e di promozione della salute che non fanno parte della medicina convenzionale. In particolare, si definisce medicina complementare l'uso di terapie non provate scientificamente in associazione a terapie convenzionali, mentre per medicina alternativa si intende l'utilizzo esclusivo di metodi non convenzionali.

pandemia: epidemia la cui diffusione interessi intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

articolo 3. Dove valgono le coperture

La garanzia Assistenza vale esclusivamente in Italia.

La garanzia Sostegno vale in tutto il mondo, e la relativa indennità è pagata in Italia.

articolo 4. Dichiarazioni inesatte o reticenti

Il Cliente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni esatte, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e le coperture assicurative possono cessare.

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.

Se Intesa Sanpaolo Protezione viene a conoscenza del fatto che l'Assicurato, al momento dell'acquisto del Modulo da parte del Cliente, era inassicurabile le coperture cessano da quando Intesa Sanpaolo Protezione ne è venuta a conoscenza.

Perché è importante fornire alla Compagnia le informazioni corrette



Se il Cliente o l'Assicurato comunica alla Compagnia informazioni inesatte che sono rilevanti per la validità della polizza (come a esempio la data di nascita dell'Assicurato), l'Assicurato può perdere in tutto o in parte il diritto all'indennizzo in caso di sinistro.

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

articolo 5. Quando cominciano e quando finiscono le coperture

Le coperture cominciano alle ore 24 della data indicata nel modulo di polizza o nell'Appendice Contrattuale, a condizione che il premio sia stato pagato, ferme le carenze di cui al successivo Art. 5.1, e terminano alla data di scadenza della polizza.

Se l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate o se l'Assicurato sposta la propria residenza all'estero successivamente all'acquisto del Modulo, le coperture del Modulo terminano alla data dell'evento.

Alla scadenza di ciascuna annualità di polizza le coperture si rinnovano tacitamente di anno in anno a meno che il Cliente o la Compagnia dia disdetta dalla polizza o dal Modulo nei tempi e con le modalità previste nella Sezione I delle Condizioni di Assicurazione della polizza.

Il rinnovo tacito del Modulo si interrompe in ogni caso al compimento dei 90 anni dell'Assicurato; alla successiva scadenza dell'annualità di polizza, le coperture del Modulo non saranno più rinnovabili.

5.1 Carenze

- Per la garanzia Sostegno:
 - non sono previste in caso di infortunio
 - è prevista una carenza di 30 giorni in caso di malattia
- Non sono previste carenze per la garanzia Assistenza.



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.

articolo 6. Determinazione del premio

Ad ogni annualità di polizza successiva a quella dell'acquisto il premio del Modulo è incrementato per la Garanzia Sostegno in funzione dell'età dell'Assicurato.

Inoltre, il premio del Modulo può variare, in caso di eventuali cambi di residenza comunicati tempestivamente dal Cliente, a partire dal momento in cui il cambio di residenza è avvenuto.

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 7. Modifiche dei coefficienti per il calcolo del premio

La Compagnia può variare unilateralmente i coefficienti per il calcolo del premio del Modulo, comunicando al Cliente almeno 60 giorni prima della scadenza delle coperture, il nuovo premio del Modulo alle stesse condizioni normative in corso.

Il pagamento del premio equivale a manifestazione di volontà di accettazione della modifica del premio.

In alternativa, entro la data di scadenza della polizza, il Cliente può comunicare a Intesa Sanpaolo Protezione o alla Banca la disdetta del Modulo.

articolo 8. Obblighi dell'Assicurato

Fermo quanto previsto all'art. 5, l'Assicurato deve comunicare se è diventato alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate o se ha spostato la propria residenza all'estero. Ricevuta la comunicazione, la copertura cessa, non è più dovuto il premio del Modulo e Intesa Sanpaolo Protezione restituisce al Cliente i premi eventualmente incassati dopo la ricezione della comunicazione.

L'Assicurato deve inoltre comunicare se:

- trasferisce la propria residenza in altra provincia italiana, in modo che Intesa Sanpaolo Protezione possa comunicare l'eventuale modifica del premio di polizza
- viene revocato o modificato il provvedimento di affidamento, in modo che Intesa Sanpaolo Protezione valuti se il minore in affidamento possa restare in copertura.

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

Inoltre, se nel corso dell'annualità di polizza l'Assicurato diventa non autosufficiente in modo permanente, è tenuto a comunicarlo alla Compagnia: le coperture del Modulo cesseranno alla scadenza dell'annualità della polizza e non sarà più possibile rinnovarle.

Sezione III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

articolo 9. Denuncia del sinistro

9.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Domanda di pagamento dell'indennità una tantum in caso di non autosufficienza (Garanzia Sostegno)

L'Assicurato può richiedere il pagamento dell'indennità tramite:

- App Intesa Sanpaolo Assicurazioni
- Internet Banking di Intesa Sanpaolo
- Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Protezione, che gestisce l'Area Clienti di XME Protezione
- richiesta scritta all'indirizzo e-mail sinistrimp@insaluteservizi.com
- contattando la Compagnia ai numeri 800.124.124 (dall'Italia) o +39.02.30328013 (dall'Estero).
- richiesta scritta a:

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.
c/o InSalute Servizi S.p.A.
Via San Francesco d'Assisi, 10
10122 Torino.

9.1.1 Condizioni di erogazione

A seguito dell'accertamento dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare deve tempestivamente produrre i documenti giustificativi dello stato di salute.

La Compagnia, dopo la ricezione della documentazione completa, si riserva di comunicare entro 60 giorni le proprie valutazioni in merito alla situazione rappresentata, anche con riferimento al momento in cui lo stato di non autosufficienza può dirsi verificato, ai fini dell'operatività della garanzia.

In ogni caso la Compagnia si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione.

9.1.2 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

In caso di manifestazione dello stato di non autosufficienza l'Assicurato invia la documentazione medica a comprova del medesimo, a titolo esemplificativo:

- referto del Pronto Soccorso o in mancanza certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo
- certificato medico completo di diagnosi
- documentazione sanitaria relativa alla patologia
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza
- lettera di dimissione ospedaliera, in caso di ricovero per malattia o infortunio che ha determinato lo stato di non autosufficienza
- certificato che attesti la perdita di autosufficienza, redatto dal medico curante o dal Medico ospedaliero
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal Medico curante che esponga l'insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, l'origine (es. incidentale o patologica) dell'/delle affezioni/i;
- nel caso in cui la non autosufficienza insorga a seguito di infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale o sul lavoro, incidenti non sul lavoro, ecc) in aggiunta alle precedenti, va prodotta idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, referti medico legali, ecc)
- eventuale altra documentazione (anche in originale) che si rendesse necessaria per valutare correttamente.

In caso di infortunio è obbligatorio presentare il referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'evento; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo .

Da sapere: il presidio medico pubblico sostitutivo fa parte del Sistema di Emergenza Territoriale e ne fanno parte, ad esempio, i Punti di Primo Soccorso ed il servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica)

Sul sito della Compagnia è presente il fac-simile del modulo attestante la perdita autosufficienza a uso facoltativo, che può essere compilato per facilitare la raccolta delle informazioni.

9.1.3 Casi di rifiuto del sinistro

La Compagnia respinge la richiesta di indennità nei seguenti casi:

- mancato riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato
- assenza di documentazione
- indennità già riconosciuta nell'annualità assicurativa
- indennità già riconosciuta per il medesimo evento nel corso dell'annualità precedente

La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di indennizzo se:

- la documentazione giustificativa è incompleta
- non è stata indicata correttamente la persona che ha ricevuto la prestazione sanitaria.

Se l'Assicurato non integra la domanda di indennizzo entro 60 giorni di calendario dalla richiesta della Compagnia, il sinistro è respinto: la richiesta può essere ripresentata.

9.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta (Garanzia Assistenza)

Per attivare le prestazioni assicurative ed effettuare la denuncia di sinistro l'Assicurato, il Contraente o un soggetto terzo devono contattare la Centrale Operativa attiva 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 ai numeri: dall'Italia 800.124.124, dall'Estero +39 02.30328013, oppure tramite l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni.

Inoltre, la Centrale Operativa è disponibile per:

- il consulto medico generico, 24 ore 7 giorni su 7
- il consulto specialistico in cardiologia e geriatria, 24 ore 7 giorni su 7
- il consulto medico per tutte le altre specialità su prenotazione dalle 9:00 alle 18:00 su prenotazione.

L'Assicurato deve indicare con precisione:

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

ICC apre il sinistro e inoltra un'e-mail all'Assicurato (o all'indirizzo e-mail fornito in occasione del primo contatto) richiedendo la documentazione e i certificati medici necessari.

Una volta ricevuta la documentazione, la Centrale Operativa verifica la sussistenza dello stato d'emergenza dell'Assicurato, ad esempio:

- mediante accertamenti telefonici
- mediante l'invio di un medico o di un infermiere o di un professionista al domicilio dell'Assicurato per erogare le prestazioni richieste
- richiedendo un certificato del medico di medicina generale dell'Assicurato.

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

9.2.1 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa di ICC

In caso di manifestazione dello stato d'emergenza l'Assicurato invia la documentazione medica a comprova del medesimo, a titolo esemplificativo:

- referto del Pronto Soccorso redatto entro 24 ore dall'insorgenza dello stato di necessità, o in mancanza certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo
- certificato medico completo di diagnosi
- documentazione sanitaria relativa alla patologia
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza
- lettera di dimissioni ospedaliera, in caso di ricovero per malattia o infortunio che ha determinato il deficit deambulatorio, sensitivo, sensoriale o cognitivo che non consenta l'ordinario svolgimento delle attività quotidiane, o lo stato di non autosufficienza
- in caso di stato d'emergenza causato da perdita di autosufficienza:
 - certificato che attesti la perdita di autosufficienza, redatto dal medico curante o dal Medico ospedaliero
 - relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante che esponga l'insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato, l'origine (es. incidentale o patologica) dell'/delle affezione/i;
 - nel caso in cui la non autosufficienza insorga a seguito di infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale o sul lavoro, incidenti non sul lavoro, ecc) in aggiunta alle precedenti, va prodotta idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, referti medico legali, ecc)
- eventuale altra documentazione (anche in originale) che si rendesse necessaria per una corretta valutazione.

In caso di infortunio è obbligatorio presentare il referto del Pronto Soccorso, redatto entro 24 ore dall'evento; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

Sul sito della Compagnia è presente il fac-simile del modulo attestante la perdita autosufficienza a uso facoltativo, che può essere compilato per facilitare la raccolta delle informazioni.

9.2.2 Casi di rifiuto del sinistro

La Compagnia respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- insussistenza dello stato d'emergenza dell'Assicurato
- assenza di documentazione
- esaurimento del massimale
- esaurimento del sottolimito per evento
- superamento del numero massimo di eventi per annualità di polizza
- superamento della durata massima del Piano Assistenziale

9.3 Data dell'evento

- **Garanzia Sostegno:** data dell'insorgenza dello stato di non autosufficienza
- **Garanzia Assistenza:** data dell'insorgenza dello stato di emergenza dell'Assicurato

9.4 Lingua della documentazione

La documentazione medica in lingua diversa dall'italiano o dall'inglese deve essere accompagnata da traduzione in italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese sostenute dalla Compagnia per la traduzione sono a carico dell'Assicurato.

9.5 Accertamenti della Compagnia

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire ogni informazione necessaria e presentare la documentazione medica richiesta.

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

L'accertamento può essere disposto:

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 12 mesi a partire dalla denuncia di sinistro.

9.6 Decesso dell'Assicurato

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

- a) avvisare la Compagnia il prima possibile
- b) presentare ulteriore documentazione quale:
 - il certificato di morte dell'Assicurato
 - la copia autenticata del testamento o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - estremi del testamento
 - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire
 - se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a Pubblico Ufficiale dalla quale risulti:
 - che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - che non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto 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 la Compagnia a liquidare l'indennità e agli aventi diritto di riscuotere le quote loro destinate
 - fotocopia di un documento d'identità valido e 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 liquidare i sinistri presentati o non ancora presentati al momento del decesso.

9.7 Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità di polizza rientrano nel massimale dell'annualità in cui si è verificata l'insorgenza dello stato d'emergenza dell'Assicurato.

Facciamo un esempio

- Decorrenza della copertura assicurativa: 1° gennaio 2025
- Ricorrenza annua: 1° gennaio 2026
- Riconoscimento dello stato d'emergenza dell'Assicurato: 20 dicembre 2025
- Attivazione del PAI da parte di ICC, di durata pari a 15 giorni: 22 dicembre 2025
- Termine del PAI: 5 gennaio 2026
- Prestazioni assistenziali erogate fra il 1° e il 5 gennaio 2026: sono imputate sul massimale del 2025.

articolo 10. Termini per il pagamento dell'indennità – Garanzia Sostegno

La Compagnia si impegna a pagare l'indennità eventualmente dovuta all'Assicurato entro 30 giorni di calendario dal riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'assicurato da parte della Compagnia ai sensi dell'art.9.1.1."

Dopo questo periodo la Compagnia, deve corrispondere gli interessi di mora (ovvero gli interessi maturati nel periodo di ritardato pagamento) sino alla data dell'effettivo pagamento. Gli interessi si calcolano dal giorno del ritardo al tasso legale, escludendo il risarcimento dell'eventuale maggior danno.

articolo 11. Termini per l'attivazione – Garanzia Assistenza

Se accertato lo stato di emergenza, la Centrale Operativa di ICC approva e invia il PAI all'Assicurato entro 6 ore dalla ricezione della documentazione completa.

Tali prestazioni sono erogate entro 48 ore dal verificarsi dello stato di emergenza e necessità dell'assicurato, e comunque successivamente alla predisposizione del PAI.

GLOSSARIO

ANNUALITA' DI POLIZZA

Periodo che va dall'inizio della copertura del Modulo alla scadenza della polizza.

APPENDICE CONTRATTUALE

Il documento sottoscritto dal Contraente per l'acquisto o l'eliminazione di Moduli (rispetto al contratto di polizza) o la variazione del livello di copertura prescelto.

ASSICURATO

La persona, residente in Italia, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

ASSISTENZA DIRETTA

Modalità di erogazione delle prestazioni in base con cui la Compagnia paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate dalla Centrale Operativa di International Care Company, direttamente alla struttura sanitaria del Network.

CARE MANAGER

Team multidisciplinare per la individuazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI).

CARENZA

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

CONTRAENTE/CLIENTE

La persona che sottoscrive il Modulo con Intesa Sanpaolo Protezione.

CONVIVENZA DI FATTO

Relazione tra 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 un'unione civile (Legge 20 maggio 2016, n. 76).

DATA EVENTO/SINISTRO

- **Garanzia Sostegno:** data dell'insorgenza dello stato di non autosufficienza
 - **Garanzia Assistenza:** data dell'insorgenza dello stato di emergenza dell'Assicurato
-

INDENNIZZO

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

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate

MALATTIA

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

MALATTIE MENTALI

Patologie mentali e del comportamento (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nella classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ICD (International Classification of Diseases) del 1949 e successive modifiche e integrazioni.

MASSIMALE

Importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia.

MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE

Pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

MEDICO DI MEDICINA GENERALE: libero professionista convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale. Le due principali tipologie di Medico di Medicina Generale sono il medico di Assistenza Primaria (o Medico di famiglia) e il medico di Continuità Assistenziale (ancora oggi più conosciuta come Guardia Medica).

MODULO

Le coperture assicurative acquistabili con la polizza XME Protezione.

MODULO DI POLIZZA

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

NETWORK

Rete convenzionata di International Care Company per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta.

NUCLEO FAMILIARE

Coniuge o persona unita civilmente o convivente di fatto e figli (anche del solo coniuge, della persona unita civilmente o del convivente di fatto), compresi i figli adottivi e minori in affido anche se non conviventi con il Contraente e anche se non fiscalmente a carico, compresi i genitori del Contraente.

PANDEMIA

Epidemia la cui diffusione interessi intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute

PREMIO

Somma dovuta dal Contraente alla Compagnia come corrispettivo dei moduli acquistati.

QUESTIONARIO SANITARIO

Documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato:

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

Costituisce parte integrante della Polizza.

RISCHIO

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

SINISTRO/EVENTO

- **Garanzia Sostegno:** il verificarsi dello stato di non autosufficienza
- **Garanzia Assistenza:** il verificarsi dello stato di emergenza dell'Assicurato

SPORT PROFESSIONISTICO/GARE PROFESSIONISTICHE

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

SUB-MASSIMALE

Importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto.

ALLEGATO 1- Tabella riepilogativa Modulo Sostegno e assistenza

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Garanzia Sostegno			
65 – 69 anni	€ 2.500	€ 3.500	€ 7.500
70 – 74 anni	€ 2.500	€ 3.500	€ 7.500
75 – 79 anni	€ 2.500	€ 3.300	€ 7.100
80 – 90 anni	€ 1.800	€ 2.500	€ 5.400
Garanzia Assistenza			
Massimale annuo	€ 4.000		
Sub-massimale per evento	€ 1.600		
Numero massimo di eventi per annualità	3		
Durata massima delle prestazioni socioassistenziali per evento	15 gg		

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Fasce Età	Coefficienti su premio		
65-69	-	-	-
70-74	1,80	1,80	1,80
75-79	1,83	1,72	1,73
80-90	1,28	1,35	1,35

GARANZIA ASSISTENZA

Fasce Età	Coefficienti su premio
65-69	-
70-74	1,00
75-79	1,00
80-90	1,00

ALLEGATO 3 – Questionario Sanitario

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

Il presente questionario serve per verificare se la Compagnia può accettare il rischio per il Modulo Sostegno e Assistenza in relazione all'attuale stato di salute (assumibilità del rischio) dell'Assicurato (**Nome/Cognome**).

AVVERTENZA

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

Per "trattamento attivo" si intende qualsiasi trattamento utilizzato con finalità di cura della patologia oncologia come ad esempio, oltre alla chirurgia, la chemioterapia, l'immunoterapia, la terapia ormonale, la radioterapia, la terapia genica, gli anticorpi monoclonali. Nel presente questionario, le domande sulle patologie oncologiche e relative alle cure sono state formulate tenendo conto del "diritto all'oblio oncologico."

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

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

N	Domande	Risposta
1	Sei affetto da dipendenza da sostanze psicotrope (alcol, stupefacenti, farmaci non prescritti a seguito di terapie mediche) o da sieropositività HIV?	Si - No
2	Stai attualmente seguendo cure per una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas (escluso diabete), del fegato, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o urogenitale e/o del sistema endocrino e/o da una neoplasia maligna? Si precisa di rispondere "NO" nel caso di malattia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.	Si - No

2.1	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica e/o angioma epatico) e/o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ?	Si - No
	Si precisa di rispondere "NO" nel caso di malattia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.	
2.1.1	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o urogenitale e/o del sistema endocrino?	<ul style="list-style-type: none"> - Malattia cardiovascolare - Malattia dei vasi cerebrali - Malattia del pancreas (escluso diabete) - Malattia del/i polmone/i - Malattia del sistema urologico e/o urogenitale - Malattia del sistema endocrino (compreso diabete) - No
	Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia, asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite, ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali, tiroide di hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo, patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.	
	Rispondere ""No"" nel caso in cui l'Assicurato non sia affetto da alcuna patologia o sia affetto da una o più patologie indicate come non rilevanti (è possibile selezionare più di una risposta diversa da ""No"")	
3	Stai attualmente seguendo cure per una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas (escluso diabete), del fegato, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o urogenitale e/o del sistema endocrino (compreso diabete) e/o da una neoplasia maligna di qualsiasi organo o tessuto?	Si - No
3.1	Stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ad es. ischemia, trombosi, emorragia) e/o per malattie del pancreas (escluso diabete), che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) e/o stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci, chemioterapia, radioterapia) per neoplasie maligne di qualsiasi organo o tessuto?	Si - No
3.2	Stai attualmente seguendo cure per malattie cardiovascolari, malattie del fegato, malattie del/i polmone/i, malattie del sistema urologico, e/o urogenitale malattie del sistema endocrino (compreso diabete)?	Si - No

<p>3.2.1 Stai attualmente seguendo cure (ad es. assunzione di farmaci) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cura per malattie cardiovascolari (esclusa ischemia, trombosi ed emorragia) - Cura per malattie del fegato - Cura per malattie del/i polmone/i - Cura per malattie del sistema urologico e/o urogenitale - Cura per malattie del sistema endocrino (compreso diabete)
<p>4 Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia che abbia richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi, quale ad esempio una malattia dell'apparato digerente, una malattia del sangue, una malattia dell'apparato urologico o urogenitale, una malattia del sistema osteo-articolare, una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) o hai sofferto di paralisi o da una forma di cecità o hai presentato uno stato di coma?</p>	<p>Si - No</p>
<p>Si precisa di rispondere "NO" nel caso di malattia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.</p>	
<p>4.1 Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato digerente (escluse stipsi, gastrite, ernia iatale, colite funzionale) o una malattia del sangue o una paralisi o alcuna forma di cecità, che abbia richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi o hai presentato uno stato di coma?</p>	<p>Si - No</p>
<p>Si precisa di rispondere "NO" nel caso di malattia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.</p>	
<p>4.1.1 Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato urologico e/o uro-genitale, una malattia del sistema osteo-articolare o una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Malattia dell'apparato urologico e/o uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) - Malattia del sistema osteo- articolare (escluso artrosi e osteoporosi) - Malattia del sistema endocrino (compreso diabete) - No
<p>Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertrofia prostatica, artrosi e/o osteoporosi, patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.</p>	
<p>Rispondere "No" nel caso in cui l'Assicurato non sia affetto da alcuna patologia o sia affetto da una o più patologie indicate come non rilevanti (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")</p>	

5	Soffri di una patologia neurologica (ad. es. sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer) o sei affetto da una disabilità?	Si - No
5.1	Soffri di sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, se in forma iniziale)?	Si - No
5.1.1	Soffri di una forma iniziale di morbo di Parkinson o di altra disabilità non grave?	Si - No
6	Hai avuto il riconoscimento di un'invalidità permanente (o hai fatto domanda per ottenerla) e/o sei stato affetto negli ultimi 2 anni da una qualche inabilità temporanea?	Si - No
<p>Si specifica che non devono essere tenute in considerazione le inabilità temporanee derivanti da patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.</p>		
6.1	Ti è stata riconosciuta un'invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o hai fatto domanda per ottenerla?	Si - No
6.1.1	Negli ultimi 2 anni sei stato impossibilitato a svolgere le tue mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi?	Si - No
<p>Si specifica che non devono essere tenute in considerazione le inabilità temporanee derivanti da patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.</p>		
7	Hai sofferto o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi), di disturbi neurologici del movimento o di patologie del sistema nervoso centrale o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico o ingessatura?	Si - No
<p>Si specifica che non devono essere tenute in considerazione le inabilità temporanee derivanti da patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.</p>		
7.1	Attualmente soffri di disturbi neurologici del movimento o di patologie del sistema nervoso centrale (ad es. malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, SLA, Sclerosi multipla) o di distrofia muscolare?	Si - No

7.2	Hai sofferto o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico o ingessatura?	Si - No
<p>Si specifica che non devono essere tenute in considerazione le inabilità temporanee derivanti da patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.</p>		
7.2.1	Attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/ muscolare (escluso artrosi) (ad es. artrite, ernie discali)?	Si - No
7.2.2	Hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico o ingessatura?	Si - No
8	Attualmente soffri di una malattia reumatologica, (ad es. connettivite mista o indifferenziata, lupus eritematoso sistemico (LES), poliartrite nodosa o sclerodermia)?	Si - No
8.1	Attualmente soffri di lupus eritematoso sistemico (LES)?	Si - No
8.1.1	Attualmente soffri di connettivite mista o indifferenziata, poliartrite nodosa o sclerodermia? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	<ul style="list-style-type: none"> - No - Connettivite mista e/o indifferenziata - Poliartrite nodosa - Sclerodermia



Allegato 4 - Modulo di denuncia sinistro per la richiesta di indennità in caso di non autosufficienza
da compilarsi a cura dell'Assicurato

Informazioni sulla polizza

Dati Assicurato di cui si chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza

Nome Cognome	
Codice fiscale	
Nato a	
il	

Dati del tutore/procuratore o di chi ne fa le veci

Nome Cognome	
Codice fiscale	
Nato a	
il	
Telefono/cellulare	
email	
Indicare il rapporto (coniuge, legale rappresentante..)	

Consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali

Tenuto conto dell'Informativa resami ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., prendo atto del trattamento dei miei Dati Personali effettuato per le finalità descritte nell'Informativa, nella Sezione 3 "Categorie dei dati personali, finalità e base giuridica del trattamento".

Inoltre, apponendo la mia firma in calce, confermo il mio consenso in relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali, compresa la loro comunicazione e successivo trattamento da parte delle categorie di destinatari di cui alla Sezione 4 dell'Informativa, necessario per il perseguimento delle finalità indicate nella Sezione 8 dell'Informativa.

Data compilazione

Firma per consenso

.....

.....

(se incapace, firma del soggetto che richiede l'indennità in sua vece)



Coordinate bancarie del conto corrente dell'assicurato

Intestatario del conto corrente: _____

iban
.....

Modalità di invio modulo denuncia

Il modulo di denuncia compilato in tutte le sue parti e firmato, unitamente alla copia della documentazione medica e di spesa, deve essere inviato a:

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.
c/o InSalute Servizi S.p.A.
Via San Francesco d'Assisi, 10
10122 Torino

Dalla data di ricevimento di tale documentazione, decorre il periodo di accertamento che, in ogni caso, non può superare i 60 giorni. La Compagnia si riserva inoltre di richiedere all'Assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

Data denuncia sinistro

.....

Firma dell'Assicurato

.....
se incapace, firma del soggetto che richiede l'indennità in sua vece



Richiesta per il riconoscimento della perdita di autosufficienza

Documentazione da allegare e altre informazioni da comunicare

Le chiediamo di allegare alla denuncia di sinistro la copia della documentazione di seguito elencata:

- documento di identità valido e codice fiscale (sia dell'Assicurato/a sia dell'eventuale Legale Rappresentante/Tutore/Amm.re di sostegno) o di chi ne fa veci
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante che esponga l'insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato/a, l'origine (ad esempio: incidentale opatologica) dell'affezione o delle affezioni
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza
- eventuale verbale di riconoscimento dell'Invalidità Civile rilasciato dalla Commissione della ASL di appartenenza
- eventuale verbale della competente Autorità giunta sul luogo dell'evento (nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia stato causato da evento accidentale)
- eventuale documentazione comprovante lo status di chi sta agendo per conto dell'Assicurato, ad es. tutore/procuratore (decreto di nomina, procura speciale/generale), familiare (stato di famiglia), ecc..., corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale).



Certificato attestante la perdita di autosufficienza

Dottor

Il presente modulo deve essere stampato e scritto con caratteri molto chiari e tutte le risposte alle singole domande devono essere rese in termini particolareggiati, precisi ed esaurienti.

Dati Assistito

Nome Cognome	
Codice fiscale	
Nato a	
il	
età(anni)	
residente a	
in via	
CAP e Provincia	

Domande

1. Lo stato di non autosufficienza è insorto a seguito di quale condizione?
 - a. impossibilità di compiere almeno 4 delle 6 attività della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare)
 - b. demenza senile invalidante o malattia di Alzheimer, certificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein)
2. L'Assicurato ha bisogno di assistenza continua da parte di un'altra persona?
3.
 - a. L'Assicurato è attualmente ricoverato in lungo degenza in struttura abilitata pubblica o privata?
 - b. Se sì, qual è la struttura?
 - c. Da quando?

Risposte del medico

- 1a.
- 1b.
- 2.
- 3a.
- 3b.
- 3c.



Domande

Risposte del medico

- 4.
- a. L'Assicurato è attualmente ricoverato in istituto psichiatrico?
- b. Se sì, qual è la struttura?
- c. Da quando?
-
- 5.
- a. Qual è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza?
- b. Quando si è verificato
-
6. L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o doccia in modo completamente autonomo?
-
7. L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?
-
8. L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa di farsi il bagno?
-
9. L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo?
-
10. L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?
-
11. L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?
-
12. L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (a), (b), e (c):
- a. utilizzare i servizi igienici?
- b. lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi?
- c. effettuare atti di igiene personale dopo aver utilizzato i servizi igienici?
-
13. L'Assicurato necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (a), (b) e (c)?

4a.

4b.

4c.

5a.

5b.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12a.

12b.

12c.

13.



Domande

Risposte del medico

14. L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (a), (b), e (c)?

14.

15. L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?

15.

16. L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (è però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)

16.

17. L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto per muoversi?

17.

18. L'Assicurato è completamente continente?

18.

19. L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?

19.

20. L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia?

20.

21. L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?

21.

22. L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie?

22. Risposta sì o no

1 Sminuzzare/tagliare il cibo;

1

2 Sbucciare la frutta;

2

3 Aprire un contenitore/una scatola;

3

4 Versare bevande nel bicchiere;

4

23. L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.

23.

Sulla base di quanto da me esaminato, verificato ed accertato dichiaro e certifico che

il Sig./Sig.ra si trova in stato di non autosufficienza.

Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

Luogo e data _____

Il Medico Curante
(Firma e timbro)

(DOMICILIO)



**INTESA SANPAOLO
PROTEZIONE**

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via San Francesco d'Assisi 10, 10122 Torino comunicazioni@pec.intesasampaoloprotezione.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