



Area Salute

Modulo Fisioterapia

Appendice

alle Condizioni di Assicurazione della polizza XME Protezione

Edizione Luglio 2024

Mod. 186321-024-072024

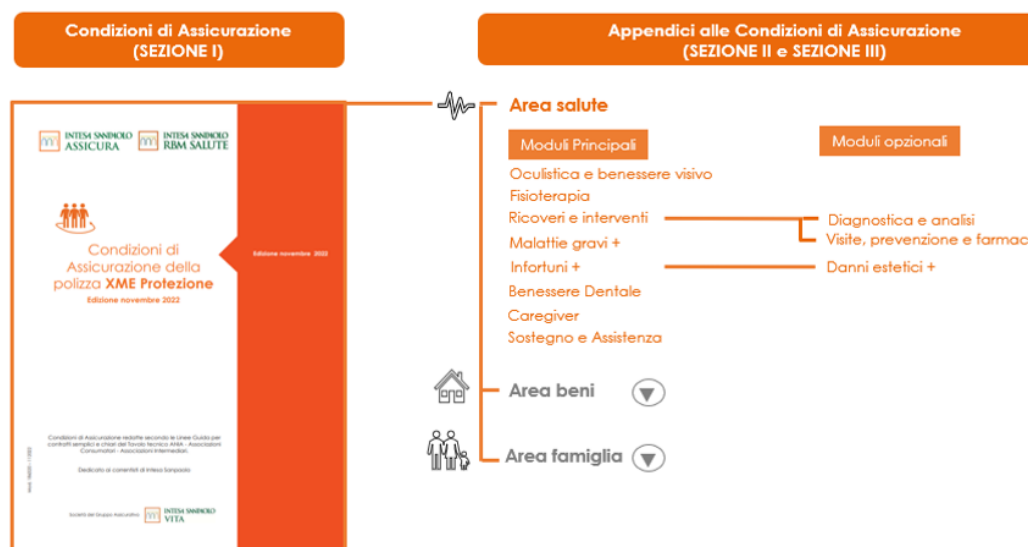
Dedicato ai correntisti di Intesa Sanpaolo

Modulo Fisioterapia

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

Nel Modulo sono presenti:

- **SEZIONE II** (Artt. 1 – 9) – Norme relative alle coperture assicurative acquistate
- **SEZIONE III** (Artt. 10 - 13) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**



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

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



Il set informativo, disponibile sul sito internet di Intesa Sanpaolo Assicura www.intesasanpaoloassicura.com e sul sito di Intesa Sanpaolo RBM Salute www.intesasanpaolorbmsalute.com e che le sarà comunque consegnato al momento dell'acquisto della polizza, è composto da:

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

Grazie per l'interesse dimostrato

Indice

PREMESSA

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

Pag. 1 di 21

Articolo 1. CHE COSA È ASSICURATO	Pag. 2 di 21
Articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO	Pag. 3 di 21
2.1 Persone non assicurabili	Pag. 3 di 21
2.2 Esclusioni per tutte le garanzie	Pag. 3 di 21
Articolo 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE	Pag. 4 di 21
Articolo 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE	Pag. 4 di 21
Articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI	Pag. 4 di 21
Articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE	Pag. 5 di 21
Articolo 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO	Pag. 5 di 21
Articolo 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO	Pag. 5 di 21
Articolo 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	Pag. 5 di 21

SEZIONE III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEL SINISTRO

Pag. 6 di 21

Articolo 10. DENUNCIA DEL SINISTRO	Pag. 6 di 21
10.1 Procedura di accesso alle prestazioni – Regime di assistenza diretta	Pag. 6 di 21
10.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa	Pag. 7 di 21
10.1.2 Ricerca della Struttura	Pag. 7 di 21
10.1.3 Validità dell'autorizzazione	Pag. 8 di 21
10.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni	Pag. 8 di 21
10.1.5 Annullamento dell'autorizzazione	Pag. 8 di 21
10.1.6 Accesso a una struttura convenzionata senza preventiva autorizzazione	Pag. 8 di 21
10.1.7 Dopo la prestazione	Pag. 8 di 21
10.1.8 Casi di rifiuto del sinistro	Pag. 8 di 21
10.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale	Pag. 9 di 21
10.3 Data dell'evento	Pag. 10 di 21
10.4 Lingua della documentazione	Pag. 10 di 21
10.5 Accertamenti di Intesa Sanpaolo RBM Salute	Pag. 11 di 21
10.6 Decesso dell'Assicurato	Pag. 11 di 21
10.7 Uso di medici e strutture convenzionati	Pag. 11 di 21
10.8 Prestazioni tra due annualità	Pag. 11 di 21
10.9 Imposte e oneri amministrativi	Pag. 11 di 21
Articolo 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI	Pag. 12 di 21
Articolo 12. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	Pag. 12 di 21
Articolo 13. SERVIZI NON ASSICURATIVI A DISPOSIZIONE DELL'ASSICURATO	Pag. 12 di 21

GLOSSARIO

Pag. 13 di 21

ALLEGATO 1 – Tabella riepilogativa dei limiti Modulo Fisioterapia

Pag. 16 di 21

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

Pag. 17 di 21

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario

Pag. 20 di 21

PREMESSA

Le Sezioni II e III regolano le coperture assicurative del Modulo Fisioterapia (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 RBM Salute insieme alla polizza XME Protezione (d'ora in poi la Polizza) o in un secondo momento e integrano la Sezione I delle Condizioni di Assicurazione.

La sottoscrizione del Modulo è subordinata alla compilazione di un Questionario Sanitario per verificare che l'Assicurato abbia le condizioni di assicurabilità.

Intesa Sanpaolo RBM Salute, in collaborazione con la struttura organizzativa di InSalute Servizi (di seguito la Struttura Organizzativa) grazie ad una specifica convenzione, fornisce all'Assicurato, nei limiti indicati nel modulo di polizza, le prestazioni elencate di seguito.

Sono previste due modalità di erogazione delle prestazioni:

ASSISTENZA DIRETTA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate direttamente alla struttura sanitaria del Network.

Se l'Assicurato vuole utilizzare una struttura convenzionata o un medico convenzionato del Network deve utilizzare l'Assistenza diretta.

REGIME RIMBORSUALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dall'Assicurato e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Modulo.

Sezione II

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE ACQUISTATE

NON DIMENTICHI

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

Il Modulo prevede il pagamento o il rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio, gravi eventi morbosi e gravi patologie neurologiche o malattie osteo-articolari cronico-degenerative.

L'importo delle spese varia in base al livello di copertura scelto dal Cliente tra quelli previsti dal Modulo, denominati Silver, Gold e Platinum.

Condizioni specifiche, massimali 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 di XME Protezione.

Si ricorda che per questo Modulo:

- il nucleo familiare è rappresentato dal coniuge o dalla persona unita civilmente o dal convivente di fatto, dai figli e dai minori in affidato, 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.
- 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'atto di acquisto della polizza o nell'Appendice contrattuale sottoscritta successivamente all'acquisto della polizza.

Il Cliente può acquistare il presente Modulo per sé stesso o per una o più persone del proprio nucleo familiare.

Questionario Sanitario: è il documento in cui sono riportate le dichiarazioni dell'Assicurato sul suo stato di salute, ha validità al massimo fino alla scadenza della quinta annualità di polizza successiva alla decorrenza del Modulo

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

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 (art. 36 Legge 20 maggio 2016, n. 76 cd Legge Cirinnà)

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

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

Gli Assicurati possono ricevere il pagamento o il rimborso di trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi a seguito di:

- a) infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso o da un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo
- b) gravi eventi morbosi e gravi patologie neurologiche (quali ad esempio ictus, malattie del motoneurone, extra piramidali e malattie degenerative, etc)
- c) malattie osteo-articolari cronico-degenerative (quali ad esempio artrosi, periartrite, tendinite, disturbi dovuti ad ernie discali)

Ad es. sciatalgia

Si precisa che:

- per infortunio si intende un evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo. L'infortunio deve essere documentato dal verbale del Pronto Soccorso o da un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo;
- i trattamenti relativi a gravi patologie neurodegenerative e le malattie osteo-articolari cronico-degenerative devono essere prescritti da un medico con specializzazione inerente alla patologia denunciata
- i trattamenti devono essere effettuati presso un Centro Medico ed eseguiti entro le tempistiche che variano a seconda dell'opzione acquistata, che decorrono dalla data della prima seduta

Non rientrano nella definizione di trattamenti fisioterapici e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)

Il Modulo prevede 3 livelli di copertura SILVER, GOLD e PLATINUM, con le medesime garanzie ma diversi massimali e diversi livelli di indennizzo/rimborso.

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Trattamenti riabilitativi			
Massimale complessivo	€ 1.050	€ 2.000	€ 2.750
di cui in Network	€ 700	€ 1.500	€ 2.000
di cui fuori Network/ticket S.S.N.	€ 350	€ 500	€ 750
Condizioni	entro 60 gg dalla prima seduta	entro 90 gg dalla prima seduta	entro 120 gg dalla prima seduta
Trattamenti riabilitativi			
in/fuori Network	max. € 35 a seduta	max. € 45 a seduta	max. € 55 a seduta
ticket S.S.N.	100%	100%	100%

Se l'Assicurato ha sottoscritto anche il Modulo Ricoveri e Interventi di XME Protezione, i giorni per effettuare i trattamenti sono contati dalla prima prestazione fisioterapica eseguita dopo il giorno in cui termina il periodo di copertura per i trattamenti fisioterapici successivi al ricovero o a seguito dell'esaurimento del massimale previsto dal Modulo Ricoveri e interventi.

Il periodo di copertura per i trattamenti fisioterapici dopo il ricovero dipende dal livello di copertura prescelto nel Modulo Ricoveri e Interventi. Se l'Assicurato non ha sottoscritto anche il Modulo Ricoveri e interventi di XME Protezione, i giorni per effettuare i trattamenti sono contati dalla prima prestazione fisioterapica eseguita dopo il giorno in cui termina il ricovero.

Facciamo un esempio:

Se il Modulo Ricoveri e Interventi prevede la copertura delle spese post ricovero live Silver nei 60 giorni dopo il ricovero, il Modulo Fisioterapia copre le spese relative alle prestazioni effettuate successivamente ai 60 giorni di post ricovero entro i massimali previsti dal livello di copertura prescelto.

Da sapere: la soglia del 33% di invalidità fa riferimento alle tabelle INPS

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:

- a. abbiano più di 70 anni o, se sono state già assicurate con il Modulo nei precedenti 5 anni e in tale periodo il Cliente non ha mai dato disdetta dalla polizza o dal Modulo di cui erano assicurate, abbiano più di 75 anni
- b. non siano residenti in Italia

Non sono inoltre assicurabili le persone che, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino in una o più delle seguenti condizioni:

- a. siano affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
- b. 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)
- c. abbiano un'invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o abbiano fatto domanda per ottenerla
- d. siano affette da disturbi neurologici del movimento o da patologie del sistema nervoso centrale (ad es: malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma non iniziale del morbo di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Sclerosi multipla o distrofia muscolare
- e. siano affette da Lupus eritematoso sistemico (LES)

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

- a. essere affette da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi) (ad es: artrite, ernie discali)
- b. avere subito traumi o lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico o ingessatura
- c. essere state affette da connettivite mista o indifferenziata
- d. essere affette da poliartrite nodosa
- e. essere affette da sclerodermia
- f. essere affette da forma iniziale di Parkinson o altre disabilità non gravi
- g. nei 2 anni precedenti essere state impossibilitate 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

Se, nel corso dell'annualità di polizza, l'Assicurato compie 80 anni, le coperture del Modulo cessano alla scadenza dell'annualità di polizza e non possono essere più rinnovate.

2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. non fornisce alcuna copertura in caso di:

1. infortuni accaduti in caso di guida di veicoli in stato di ubriachezza o in conseguenza di azioni delittuose o atti auto lesivi
2. infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
3. infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce o 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"

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.

Sclerosi laterale amiotrofica: patologia neurologica progressiva che colpisce le cellule nervose (neuroni) che controllano la muscolatura volontaria. La degenerazione e la conseguente morte del motoneurone (superiore e inferiore) provocano un'interruzione dei messaggi diretti ai muscoli e, infine, la perdita della capacità del cervello di dare avvio e controllare i movimenti volontari.

sclerosi multipla: è una delle più comuni malattie che colpiscono il sistema nervoso centrale. È una patologia infiammatoria demielinizzante

Lupus eritematoso sistemico: malattia autoimmune cronica di natura infiammatoria che può colpire vari distretti anatomici del corpo umano.

connettivite mista: malattia rara del tessuto connettivo caratterizzata dalla combinazione tra i segni clinici del lupus eritematoso sistemico (LES), della sclerosi sistemica (SS), della polimiosite (PM) (si vedano questi termini) e/o dell'artrite reumatoide (AR).

sclerodermia: malattia sistemica cronica a patogenesi autoimmune, caratterizzata da fibrosi (ispessimento) della cute e degli organi interni, alterazioni dei vasi di piccolo calibro e anomalie del sistema immunitario

da sapere: si intende il trattamento successivo a quello di prima linea volto alla salvaguardia degli obiettivi raggiunti sul piano della riabilitazione fisica e funzionale.

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

Downhill: è una disciplina del mountain biking praticata principalmente in montagna, su terreni ripidi e sconnessi spesso caratterizzati da salti, cadute, pietraie e altri ostacoli

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.

Attenzione! Le infiltrazioni sono atti medici e non trattamenti fisioterapici, pertanto, non rientrano in copertura.

Alberghi della salute: Residenze nelle quali spicca come caratteristica principale l'offerta di soggiorni con cicli di trattamenti terapeutici.

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

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. prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza
10. trattamenti di medicina alternativa o complementare
11. prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico
12. prestazioni di routine o controllo
13. prestazioni effettuate in strutture non autorizzate dalla legge o onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
14. conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Si precisa che:

Non rientrano nella definizione di trattamenti fisioterapici e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)

Le infiltrazioni sono atti medici e non trattamenti fisioterapici e non rientrano in copertura.

Non sono coperte le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, centri benessere, anche se con annesso Centro Medico.

ARTICOLO 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE

Non sono previsti franchigie e scoperti per le prestazioni del Modulo.

ARTICOLO 4. DOVE VALGONO LE COPERTURE

La copertura vale in tutto il mondo. I danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Le spese per le prestazioni avvenute all'estero sono riconosciute solo a Rimborso e non in Assistenza diretta: sono rimborsate in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della Banca Centrale Europea.

ARTICOLO 5. 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 RBM Salute 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 RBM Salute viene a conoscenza del fatto che l'Assicurato, al momento dell'acquisto del Modulo, non era assicurabile le coperture cessano da quando Intesa Sanpaolo RBM Salute ne è venuta a conoscenza.

Se l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate o se l'Assicurato modifica la propria residenza all'estero successivamente all'acquisto del Modulo, le coperture del Modulo terminano e Intesa Sanpaolo RBM Salute, a fronte della comunicazione del Cliente o dell'Assicurato restituisce al Cliente, al netto delle imposte, i premi eventualmente incassati dopo che è venuta a conoscenza della perdita dei requisiti di assicurabilità.

Perché è importante fornire a Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. le informazioni corrette

Se il Cliente o l'Assicurato comunicano a Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. informazioni inesatte che sono rilevanti per la validità della polizza (come a esempio la data di nascita dell'Assicurato), l'Assicurato può perdere tutto o in parte il diritto all'indennizzo in caso di sinistro.



ARTICOLO 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE

Le coperture cominciano alle ore 24 della data indicata nel modulo di polizza o nell'Appendice contrattuale, a condizione che il premio sia stato pagato e terminano alla data di scadenza della polizza.

Alla scadenza di ciascuna annualità di polizza le coperture si rinnovano tacitamente per un ulteriore anno, a meno che il Cliente o Intesa Sanpaolo RBM Salute 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 è possibile fino alla scadenza della quinta annualità successiva a quella della decorrenza della Polizza.

A tale scadenza, se il Modulo è ancora acquistabile, sarà possibile rinnovare le coperture del Modulo alle condizioni vigenti a tale data, a condizione che venga compilato un nuovo Questionario Sanitario per consentire a Intesa Sanpaolo RBM Salute di verificare se sussistano ancora i requisiti di assicurabilità.

In ogni caso, al compimento degli 80 anni dell'Assicurato, alla scadenza della successiva annualità di polizza, le coperture del Modulo non sono più rinnovabili.

ESEMPI

1. Il Cliente sottoscrive XME Protezione il 31/01/2021. Il 10 ottobre 2022 acquista anche il Modulo Fisioterapia. In assenza di disdetta della polizza o del Modulo, le coperture del Modulo Fisioterapia si rinnovano tacitamente di anno in anno fino al 31/01/2027. Il Cliente può sottoscrivere nuovamente il Modulo Fisioterapia, ove ancora commercializzato, compilando un nuovo Questionario Sanitario e se risulta ancora assicurabile
2. Il Cliente sottoscrive XME Protezione il 31/01/2021 e acquista contestualmente il Modulo Ricoveri e interventi. Il 10 ottobre 2022 acquista anche il Modulo Fisioterapia. In assenza di disdetta della polizza o dei Moduli, le coperture si rinnovano tacitamente di anno in anno, il Modulo Ricoveri e interventi fino al 31/01/2026 e il Modulo Fisioterapia fino al 31/01/2027. Il Cliente può sottoscrivere nuovamente il Modulo Ricoveri e Interventi ed il Modulo Fisioterapia, ove ancora commercializzati, compilando i rispettivi Questionari Sanitari e se risulta ancora assicurabile

ARTICOLO 7. DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Ad ogni annualità di polizza successiva a quella dell'acquisto il premio del Modulo:

- è incrementato in funzione dell'età dell'Assicurato
- può variare in caso di eventuali cambi di residenza comunicati dall'Assicurato.

I criteri di incremento e variazione del premio sono indicati nell'Allegato 2 – Tabella dei coefficienti, che è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

ARTICOLO 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. può variare unilateralmente i coefficienti per il calcolo del premio del Modulo, comunicandolo al Cliente almeno 60 giorni prima della scadenza delle coperture.

In questo caso, il Cliente ha il diritto di esercitare la disdetta dal Modulo, per iscritto o seguendo le modalità indicate nella comunicazione inviata da Intesa Sanpaolo RBM Salute. Se il Cliente non effettua la disdetta, le coperture del Modulo si rinnovano tacitamente alle nuove condizioni di premio.

ARTICOLO 9. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Se l'Assicurato diventa alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate o modifica la propria residenza all'estero, deve comunicarlo a Intesa Sanpaolo RBM Salute. Le coperture del Modulo cessano e Intesa Sanpaolo RBM Salute restituisce al Cliente, al netto delle imposte, i premi eventualmente incassati dopo che è venuta a conoscenza della perdita dei requisiti di assicurabilità.

L'Assicurato deve comunicare tempestivamente a Intesa Sanpaolo RBM Salute se, nel corso della durata del Modulo, modifica la propria residenza in Italia o, in caso dei minori in affidamento, se viene revocato o modificato il provvedimento di affidamento.

Tali informazioni devono essere inviate per iscritto a: Intesa Sanpaolo RBM Salute c/o Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A. via San Francesco D'Assisi, 10, 10122 Torino.

Sezione III

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEL SINISTRO**ARTICOLO 10. DENUNCIA DEL SINISTRO**

Per sinistro si intende:

- in caso di infortunio: la prestazione fisioterapica effettuata in relazione all'infortunio certificato
- in caso di grave evento morboso e grave invalidità: la prestazione fisioterapica effettuata in relazione al grave evento morboso o alla grave invalidità certificata
- in caso di malattia: la prestazione fisioterapica effettuata in relazione ad una o più delle malattie indicate (quali ad esempio artrosi, periartrite, tendinite, disturbi dovuti ad ernie discali)

L'Assicurato può attivare le prestazioni assicurative e denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta o in regime rimborsuale secondo le modalità di seguito indicate.

10.1 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

Per attivare le prestazioni assicurative ed effettuare l'apertura di sinistro l'Assicurato deve indicare con precisione:

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com, dall'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, dall'Internet Banking di Intesa Sanpaolo, sul sito internet www.intesasanpaoloassicura.com o telefonando al numero 800.124.124.

L'elenco dei medici convenzionati si può consultare dall'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, dall'Internet Banking di Intesa Sanpaolo o telefonando al numero 800.124.124.

La Centrale Operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici della Centrale Operativa non entrano nel merito della richiesta medica (ossia non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal Medico di medicina generale ai fini della cura della patologia dell'assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura.

L'Assicurato deve:

- procurarsi tutta la documentazione prevista al successivo punto 10.1.1., per eseguire la prestazione in regime di Assistenza diretta (es. prescrizione medica con indicazione della patologia)
- scegliere la Struttura del Network presso la quale eseguire la prestazione e contattarla per fissare la data della prestazione
- chiedere a Intesa Sanpaolo RBM Salute l'autorizzazione all'erogazione della prestazione e dell'intero piano di cura, allegando tutta la documentazione prevista (in caso di richiesta telefonica, gli operatori indicheranno all'Assicurato come inviare la documentazione) e indicando la Struttura scelta presso cui effettuare la prestazione e la data di inizio e di fine del piano di cura. Si precisa che il piano di cura deve in ogni caso concludersi entro il termine della validità del Modulo.

Intesa Sanpaolo RBM Salute rilascia l'autorizzazione alla prestazione entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa e della data della prestazione. In caso di richiesta di integrazione, il termine di 7 giorni per il rilascio dell'autorizzazione decorre dal giorno di ricevimento della documentazione giustificativa completa e della data della prestazione. Nell'autorizzazione sono evidenziate le eventuali spese a carico dell'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti).

Se Intesa Sanpaolo RBM Salute conclude positivamente i controlli di natura amministrativa e medica della richiesta avanzata, invia all'Assicurato l'autorizzazione alle prestazioni in assistenza diretta tramite e-mail e notifica tramite App (laddove richiesto dall'Assicurato è anche possibile ricevere conferma dell'autorizzazione tramite sms); contestualmente informa anche la struttura convenzionata individuata. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone dovrà stampare l'autorizzazione ricevuta per poterla consegnare alla struttura sanitaria ed accedere alla prestazione.

All'interno dell'SMS, dell'e-mail o della notifica tramite App saranno presenti i dettagli dell'autorizzazione ricevuta e le eventuali quote a carico dell'Assicurato, in caso di applicazione di scoperto, franchigia o superamento del massimale o dell'importo coperto per ogni seduta.

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

10.1.1 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

- prescrizione medica in corso di validità secondo la normativa vigente, che contiene il quesito diagnostico o la diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata
- in caso di infortunio devono essere presentati anche:
 - referto del Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio. 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.
 - se l'infortunio è dovuto alla responsabilità di un terzo devono essere comunicati anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile
 - In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute o il Modulo CID (constatazione amichevole)
- eventuale altra documentazione che si renda necessaria per valutare correttamente e poter autorizzare il sinistro.

10.1.2 Ricerca della Struttura

L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, l'Internet Banking di Intesa Sanpaolo, sul sito internet www.intesasampaolorbmsalute.com o sul sito internet www.intesasampaoloassicura.com o telefonando alla Centrale Operativa.

Intesa Sanpaolo RBM Salute indica, se disponibili nel territorio, le strutture sanitarie convenzionate in grado di garantire la prestazione.

L'Assicurato può comunque scegliere di effettuare la prestazione in una struttura sanitaria diversa, in base alle proprie esigenze.

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)

Importante per lei:

Per poter usufruire delle prestazioni che hanno un limite massimo di giorni (come ad esempio i trattamenti riabilitativi) o se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, è importante chiedere per tempo il rilascio dell'autorizzazione perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

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

Facciamo un esempio

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

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

10.1.3 Validità dell'autorizzazione

L'autorizzazione è valida 90 giorni dalla data di rilascio.

Superato tale termine, in presenza di copertura, l'Assicurato può richiedere l'emissione di una nuova autorizzazione.

10.1.4 Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale Operativa, affinché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici danno esito positivo, rilasci una nuova autorizzazione.

10.1.5 Annullamento dell'autorizzazione

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

10.1.6 Accesso a una struttura convenzionata senza preventiva autorizzazione

Se l'Assicurato accede a strutture sanitarie convenzionate senza rispettare la procedura di accesso alle prestazioni, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

10.1.7 Dopo la prestazione

- Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento delle spese indennizzabili a termini di polizza alla struttura sanitaria del Network che ha erogato la prestazione
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dal presente Modulo, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, ...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dal presente Modulo

10.1.8 Casi di rifiuto del sinistro

Intesa Sanpaolo RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione
- assenza di fattura/documentazione di spesa
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionata
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

10.2. Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale

L'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese sostenute:

- tramite l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni
- tramite l'Internet Banking di Intesa Sanpaolo
- inviando richiesta scritta a sinistrimp@insaluteservizi.com oppure a Intesa Sanpaolo RBM Salute c/o InSalute Servizi Via San Francesco d'Assisi, 10 10122 Torino
- tramite l'Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Assicura, che gestisce l'Area Clienti di XME Protezione.

Le prestazioni fisioterapiche devono:

- essere effettuate da personale specializzato (medico, fisioterapista)
- essere effettuate solo presso Centri medici
- essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale) e dal numero delle sedute
- essere fatturate da Istituto di Cura, Centro Medico. La fattura deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi.

La documentazione deve essere intestata alla persona che ha ricevuto la prestazione e riportarne i dati anagrafici. Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato a favore del soggetto intestatario della fattura.

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

a) Richiesta di rimborso online

Per ottenere il rimborso, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può inviare online la propria richiesta allegando copia dei seguenti documenti:

1. documentazione che attesti il pagamento delle spese (fatture, parcelle, ricevute), emessa da Istituto di cura, Centro medico. La fattura deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che ha effettuato la prestazione (indicazione del titolo di studio) che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la marca da bollo nei casi normativamente previsti e deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la richiesta di rimborso è respinta. L'Assicurato può comunque inserire una nuova richiesta purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola
2. prescrizione medica in corso di validità secondo le norme vigenti, che attesti la natura della patologia e le prestazioni effettuate. È necessaria la prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata.
3. in caso di infortunio devono essere presentati anche:
 - referto del Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio. 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.
 - se l'infortunio è dovuto alla responsabilità di un terzo, devono essere comunicati anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile
 - In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie dall'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute o il Modulo CID (constatazione amichevole).
4. eventuale altra documentazione che si renda necessaria per valutare correttamente e poter liquidare il sinistro

b) Richiesta di rimborso cartacea

L'Assicurato in alternativa può inviare la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa insieme alla denuncia di sinistro che può essere redatta utilizzando il modulo disponibile sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com oppure www.intesasanpaoloassicura.com). Se si sceglie di non utilizzare tale modulo, l'Assicurato deve in ogni caso corredare la richiesta con tutte le informazioni presenti nel modulo stesso.

La richiesta di rimborso con i relativi allegati deve essere inviata a:

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

Intesa Sanpaolo RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso 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 rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute il sinistro è respinto; la richiesta può essere ripresentata.

10.3 Data dell'evento

Quella della prima prestazione fisioterapica.

10.4 Lingua della documentazione

La documentazione medica in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese e dal tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese sostenute da Intesa Sanpaolo RBM Salute per la traduzione sono a carico dell'Assicurato.

10.5 Accertamenti di Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

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

L'accertamento può essere disposto:

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

10.6 Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede, gli eredi o gli aventi diritto alla prestazione per rimborso già denunciato o ancora da denunciare devono:

- avvisare Intesa Sanpaolo RBM Salute il prima possibile
- presentare ulteriore documentazione quale:
 - certificato di morte dell'Assicurato
 - copia autenticata del testamento o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - gli estremi del testamento
 - la dichiarazione che il testamento è l'ultimo valido e non impugnato
 - l'indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
 - se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà resa dal soggetto interessato 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 diritti o quote di eredità
- se ci sono aventi diritto minorenni o incapaci di agire: copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Intesa Sanpaolo RBM Salute a liquidare il capitale e agli aventi diritto
- fotocopia di un documento d'identità valido e del codice fiscale di ciascun avente diritto
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli aventi diritto, con l'indicazione di un unico codice IBAN su cui effettuare il bonifico per pagare i rimborsi già presentati e riconosciuti indennizzabili o gli eventuali futuri rimborsi dovuti a richieste non ancora presentate al momento del decesso.

10.7 Uso di medici e strutture convenzionati

L'Assicurato può accedere ad una struttura convenzionata o un medico convenzionato solo in Assistenza diretta e non è possibile il pagamento a rimborso

10.8 Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità di polizza rientrano nel massimale dell'annualità di esecuzione della prestazione stessa.
Non sono ammesse fatture in acconto.

10.9 Imposte e oneri amministrativi

Sono carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura.

ARTICOLO 11. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI**Assistenza diretta**

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

Regime rimborsuale

Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a pagare il rimborso delle spese riconosciute indennizzabili all'Assicurato entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessarie.

Dopo questo periodo Intesa Sanpaolo RBM Salute corrisponde gli interessi di mora (ovvero gli interessi maturati nel periodo di ritardato pagamento) agli aventi diritto sino alla data dell'effettivo pagamento. Gli interessi si calcolano dal giorno del ritardo.

ARTICOLO 12. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Cliente o l'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se ha stipulato altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, la Intesa Sanpaolo RBM Salute non è tenuta a pagare l'indennizzo. In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. Il Cliente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso.

ARTICOLO 13. SERVIZI NON ASSICURATIVI A DISPOSIZIONE DELL'ASSICURATO

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

1. Prenotazione dell'appuntamento per le prestazioni in forma diretta
Solo per determinate prestazioni e limitatamente alle sole Strutture Aderenti e, sempre che la prestazione sia prevista dalla presente copertura assicurativa, è possibile prenotare l'appuntamento direttamente in App Intesa Sanpaolo Assicurazioni in fase di richiesta della diretta nell'ambito della funzionalità "Richiedi Prestazione in forma Diretta".
2. Consultazione referti e documentazione medica
Per le sole prestazioni di cui al precedente punto 1 è possibile, inoltre, consultare e scaricare i referti e la documentazione medica per i quali è prevista la refertazione online.

L'elenco delle strutture sanitarie che hanno aderito all'erogazione dei servizi non assicurativi è consultabile sul sito internet <https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/> (nel presente articolo le "Strutture Aderenti").

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

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

Riferimento normativo: art. 1910 del Codice Civile

da sapere: l'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. La Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.

GLOSSARIO

ANNUALITA' DI POLIZZA

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

APPENDICE CONTRATTUALE

Il documento sottoscritto dal Contraente per l'acquisto o per l'eliminazione di Moduli (rispetto al contratto di polizza) o per la variazione dell'opzione prescelta.

ASSICURATO

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

ASSICURAZIONE

Contratto con il quale Intesa Sanpaolo RBM Salute copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nel Modulo.

ASSISTENZA DIRETTA

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

CENTRALE OPERATIVA

Struttura individuata per:

- fornire informazioni relative alle coperture assicurative e al Network
 - autorizzare le prestazioni in Assistenza diretta.
-

CENTRO MEDICO

Struttura, anche non adibita al ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
 - dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
 - non finalizzata a trattamenti estetici.
-

CONTRAENTE/CLIENTE

La persona che sottoscrive il Modulo con Intesa Sanpaolo RBM Salute.

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

Data della prima prestazione fisioterapica.

INDENNIZZO

Somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute 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.

INTRAMOENIA

Sono le prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa.

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura (pubblici o privati), regolarmente autorizzati a svolgere assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura

- gli stabilimenti termali
- le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative
- le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per anziani.

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute che non dipende 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.

MODULO

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

MODULO DI POLIZZA

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

NETWORK

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

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

L'elenco delle strutture aggiornato è consultabile sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com, sull'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, sull'Internet Banking di Intesa Sanpaolo e sul sito internet www.intesasanpaoloassicura.com.

L'elenco dei medici convenzionati si può consultare sull'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, sull'Internet Banking di Intesa Sanpaolo oppure telefonando al numero 800.124.124.

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 affidato, anche se non conviventi con il Contraente e anche se non fiscalmente a carico.

PANDEMIA

Epidemia la cui diffusione interessa intere collettività, con un alto numero di casi gravi. Il suo stato di esistenza deve essere determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

PREMIO

Somma dovuta dal Contraente a Intesa Sanpaolo RBM Salute come corrispettivo del Modulo acquistato.

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.

REGIME RIMBORSUALE

Regime per cui Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Modulo.

RIMBORSO

Somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

RISCHIO

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

SINISTRO/EVENTO

In caso di:

- infortunio: si intende la prestazione fisioterapica effettuata in relazione all'infortunio certificato.
- grave evento morboso e grave invalidità: si intende la prestazione fisioterapica effettuata in relazione al grave evento morboso o alla grave invalidità certificata
- malattia: si intende la prestazione fisioterapica effettuata in relazione ad una o più delle malattie indicate (artrosi, periartrite, tendinite, sindromi algiche vertebrali, disturbi dovuti ad ernie discali, cruralgia, brachialgia)

SPORT PROFESSIONISTICO/GARE PROFESSIONISTICHE

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

S.S.N. (SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE)

Servizio sanitario erogato dallo Stato Italiano.

SUB-MASSIMALE

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

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza

Devono essere effettuati solo in Centri medici, da:

- medico specialista
- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995(fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici).

ALLEGATO 1- Tabella riepilogativa dei limiti Modulo Fisioterapia

	SILVER	GOLD	PLATINUM
Trattamenti riabilitativi			
Massimale complessivo	€ 1.050	€ 2.000	€ 2.750
di cui in Network	€ 700	€ 1.500	€ 2.000
di cui fuori Network /ticket S.S.N	€ 350	€ 500	€ 750
Condizioni	entro 60 gg dalla prima seduta	entro 90 gg dalla prima seduta	entro 120 gg dalla prima seduta
Trattamenti riabilitativi			
in/fuori Network	max. € 35 a seduta	max. € 45 a seduta	max. € 55 a seduta
ticket S.S.N.	100%	100%	100%

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

**FISIOTERAPIA
SILVER**

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-	41	1,004	1,002	1,003	1,001
1	1,792	1,885	1,880	1,852	42	1,003	1,002	1,003	1,001
2	1,558	1,531	1,532	1,560	43	1,004	1,002	1,003	1,001
3	1,940	1,960	1,944	1,949	44	1,003	1,002	1,003	1,002
4	1,654	1,646	1,643	1,645	45	1,004	1,002	1,003	1,001
5	1,488	1,488	1,496	1,488	46	1,004	1,002	1,003	1,001
6	1,397	1,397	1,395	1,398	47	1,004	1,002	1,003	1,002
7	1,333	1,332	1,333	1,333	48	1,004	1,002	1,003	1,002
8	1,287	1,288	1,288	1,289	49	1,004	1,003	1,004	1,001
9	1,253	1,253	1,252	1,252	50	1,004	1,002	1,004	1,002
10	1,476	1,476	1,476	1,477	51	1,004	1,003	1,004	1,002
11	1,007	1,003	1,005	1,001	52	1,004	1,002	1,004	1,002
12	1,007	1,003	1,006	1,001	53	1,004	1,003	1,004	1,002
13	1,008	1,003	1,006	1,001	54	1,005	1,003	1,004	1,002
14	1,008	1,004	1,006	1,002	55	1,003	1,008	1,006	1,011
15	1,009	1,004	1,008	1,001	56	1,003	1,008	1,006	1,011
16	1,009	1,004	1,008	1,001	57	1,004	1,008	1,006	1,010
17	1,010	1,004	1,008	1,002	58	1,003	1,009	1,006	1,011
18	1,010	1,004	1,009	1,002	59	1,004	1,008	1,006	1,011
19	1,011	1,005	1,009	1,002	60	1,004	1,009	1,006	1,011
20	1,011	1,005	1,010	1,002	61	1,004	1,008	1,006	1,011
21	1,014	1,013	1,011	1,013	62	1,004	1,009	1,006	1,011
22	1,015	1,013	1,012	1,014	63	1,004	1,009	1,006	1,011
23	1,014	1,013	1,013	1,014	64	1,004	1,009	1,006	1,011
24	1,015	1,014	1,012	1,015	65	1,004	1,009	1,007	1,012
25	1,016	1,014	1,013	1,015	66	1,004	1,009	1,006	1,011
26	1,016	1,015	1,014	1,016	67	1,004	1,009	1,007	1,011
27	1,017	1,015	1,014	1,016	68	1,004	1,009	1,007	1,012
28	1,017	1,016	1,014	1,016	69	1,004	1,009	1,007	1,012
29	1,018	1,016	1,015	1,016	70	1,004	1,009	1,006	1,011
30	1,018	1,016	1,015	1,017	71	1,004	1,009	1,007	1,012
31	1,018	1,017	1,015	1,017	72	1,004	1,009	1,007	1,012
32	1,018	1,017	1,015	1,018	73	1,024	1,021	1,023	1,019
33	1,019	1,018	1,016	1,018	74	1,024	1,020	1,023	1,020
34	1,019	1,017	1,016	1,018	75	1,023	1,020	1,023	1,019
35	1,003	1,002	1,003	1,001	76	1,023	1,020	1,022	1,019
36	1,003	1,002	1,003	1,001	77	1,023	1,020	1,022	1,019
37	1,003	1,002	1,002	1,001	78	1,022	1,019	1,022	1,019
38	1,004	1,002	1,003	1,001	79	1,022	1,020	1,022	1,019
39	1,003	1,002	1,003	1,001	80	1,022	1,019	1,022	1,019
40	1,004	1,002	1,003	1,001					

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

GOLD

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-	41	1,005	1,002	1,002	1,001
1	1,857	1,846	1,838	1,850	42	1,005	1,002	1,002	1,001
2	1,538	1,542	1,544	1,541	43	1,005	1,002	1,002	1,001
3	1,950	1,946	1,952	1,956	44	1,005	1,003	1,002	1,001
4	1,651	1,648	1,644	1,650	45	1,005	1,002	1,002	1,001
5	1,488	1,492	1,490	1,489	46	1,005	1,003	1,002	1,001
6	1,399	1,397	1,396	1,396	47	1,005	1,003	1,003	1,001
7	1,333	1,333	1,334	1,333	48	1,006	1,003	1,002	1,001
8	1,287	1,287	1,287	1,288	49	1,005	1,003	1,003	1,001
9	1,253	1,253	1,254	1,253	50	1,006	1,003	1,003	1,001
10	1,476	1,476	1,475	1,476	51	1,006	1,003	1,003	1,001
11	1,006	1,003	1,005	1,003	52	1,006	1,003	1,003	1,001
12	1,006	1,004	1,005	1,004	53	1,006	1,003	1,003	1,001
13	1,007	1,004	1,006	1,004	54	1,006	1,003	1,003	1,001
14	1,007	1,004	1,006	1,004	55	1,004	1,009	1,006	1,010
15	1,007	1,005	1,007	1,005	56	1,004	1,009	1,006	1,010
16	1,008	1,005	1,007	1,005	57	1,004	1,009	1,006	1,010
17	1,009	1,005	1,008	1,005	58	1,004	1,009	1,006	1,010
18	1,009	1,005	1,008	1,006	59	1,004	1,009	1,006	1,010
19	1,009	1,006	1,009	1,006	60	1,004	1,009	1,006	1,010
20	1,010	1,006	1,009	1,006	61	1,004	1,009	1,006	1,010
21	1,008	1,008	1,010	1,009	62	1,004	1,009	1,006	1,010
22	1,009	1,008	1,010	1,009	63	1,004	1,009	1,006	1,011
23	1,009	1,009	1,010	1,010	64	1,004	1,010	1,006	1,011
24	1,009	1,009	1,011	1,010	65	1,004	1,009	1,006	1,010
25	1,010	1,009	1,011	1,010	66	1,005	1,009	1,006	1,011
26	1,010	1,010	1,012	1,010	67	1,004	1,009	1,007	1,011
27	1,010	1,010	1,012	1,011	68	1,005	1,010	1,006	1,011
28	1,011	1,010	1,012	1,011	69	1,005	1,010	1,007	1,011
29	1,011	1,011	1,013	1,012	70	1,004	1,009	1,007	1,011
30	1,012	1,011	1,013	1,012	71	1,004	1,010	1,006	1,011
31	1,011	1,011	1,013	1,012	72	1,004	1,009	1,007	1,011
32	1,012	1,012	1,013	1,013	73	1,009	1,010	1,014	1,015
33	1,012	1,012	1,014	1,013	74	1,009	1,010	1,014	1,016
34	1,012	1,012	1,014	1,013	75	1,009	1,009	1,014	1,015
35	1,004	1,002	1,002	1,001	76	1,009	1,009	1,013	1,015
36	1,004	1,002	1,002	1,001	77	1,009	1,010	1,013	1,015
37	1,004	1,002	1,002	1,001	78	1,009	1,010	1,014	1,015
38	1,004	1,002	1,002	1,001	79	1,009	1,010	1,013	1,015
39	1,004	1,002	1,002	1,001	80	1,009	1,010	1,013	1,015
40	1,004	1,002	1,002	1,001					

ALLEGATO 2 – Tabella dei coefficienti

PLATINUM

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-	41	1,003	1,001	1,002	1,011
1	1,857	1,844	1,850	1,833	42	1,003	1,001	1,003	1,011
2	1,538	1,551	1,541	1,537	43	1,003	1,001	1,003	1,011
3	1,956	1,945	1,953	1,957	44	1,003	1,001	1,003	1,011
4	1,645	1,649	1,647	1,646	45	1,003	1,001	1,003	1,011
5	1,491	1,491	1,489	1,491	46	1,003	1,001	1,003	1,011
6	1,396	1,397	1,397	1,396	47	1,003	1,001	1,003	1,011
7	1,333	1,333	1,334	1,333	48	1,004	1,001	1,003	1,011
8	1,288	1,287	1,287	1,287	49	1,003	1,001	1,003	1,011
9	1,253	1,253	1,253	1,253	50	1,004	1,001	1,003	1,011
10	1,476	1,476	1,476	1,476	51	1,004	1,001	1,003	1,011
11	1,008	1,006	1,010	1,006	52	1,004	1,001	1,003	1,011
12	1,009	1,007	1,011	1,007	53	1,004	1,001	1,003	1,011
13	1,009	1,008	1,012	1,007	54	1,004	1,001	1,003	1,011
14	1,010	1,008	1,013	1,008	55	1,003	1,010	1,005	1,011
15	1,011	1,009	1,014	1,008	56	1,003	1,010	1,005	1,012
16	1,011	1,009	1,015	1,009	57	1,003	1,010	1,005	1,011
17	1,012	1,010	1,015	1,009	58	1,003	1,010	1,005	1,012
18	1,013	1,010	1,016	1,010	59	1,003	1,010	1,005	1,012
19	1,013	1,011	1,017	1,010	60	1,003	1,010	1,005	1,012
20	1,014	1,011	1,017	1,011	61	1,003	1,011	1,005	1,012
21	1,007	1,005	1,003	1,005	62	1,003	1,011	1,005	1,012
22	1,008	1,005	1,004	1,005	63	1,003	1,010	1,005	1,012
23	1,008	1,005	1,004	1,005	64	1,003	1,011	1,005	1,012
24	1,008	1,006	1,004	1,005	65	1,003	1,011	1,005	1,012
25	1,008	1,006	1,004	1,005	66	1,003	1,011	1,005	1,012
26	1,009	1,006	1,004	1,005	67	1,003	1,011	1,005	1,012
27	1,009	1,006	1,004	1,006	68	1,003	1,011	1,005	1,012
28	1,009	1,007	1,004	1,006	69	1,003	1,011	1,005	1,012
29	1,010	1,007	1,005	1,006	70	1,003	1,011	1,005	1,012
30	1,010	1,007	1,005	1,006	71	1,004	1,011	1,006	1,012
31	1,010	1,007	1,005	1,007	72	1,003	1,011	1,005	1,012
32	1,011	1,008	1,005	1,007	73	1,007	1,002	1,008	1,003
33	1,011	1,007	1,005	1,007	74	1,007	1,002	1,008	1,003
34	1,011	1,008	1,005	1,007	75	1,007	1,002	1,008	1,003
35	1,003	1,001	1,002	1,001	76	1,007	1,002	1,008	1,003
36	1,003	1,001	1,002	1,001	77	1,007	1,002	1,008	1,003
37	1,003	1,001	1,002	1,001	78	1,007	1,002	1,008	1,003
38	1,003	1,001	1,002	1,001	79	1,007	1,002	1,008	1,003
39	1,003	1,001	1,002	1,001	80	1,007	1,002	1,008	1,003
40	1,003	1,001	1,002	1,001					

ALLEGATO 3 – Fac-simile Questionario Sanitario

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

Il presente questionario serve per verificare se Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. può accettare il rischio per il Modulo Fisioterapia in relazione all'attuale stato di salute (assumibilità del rischio) dell'Assicurato (**Nome/Cognome**).

AVVERTENZA

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

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

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	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
2.1	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
2.1.1	Soffri di una forma iniziale di morbo di Parkinson o di altra disabilità non grave?	Si - No
3	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
3.1	Ti è stata riconosciuta un'invalidità permanente con soglia uguale o superiore al 33% o hai fatto domanda per ottenerla?	Si - No
3.1.1	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

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

N	Domande	Risposta
4	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi), di disturbi neurologici del movimento o di patologie del sistema nervoso centrale e/o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
4.1	Attualmente soffri di disturbi neurologici del movimento e/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) e/o di distrofia muscolare?	Si - No
4.2	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare e/o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
4.2.1	Attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi) (ad es: artrite, ernie discali)?	Si - No
4.2.2	Hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	Si - No
5	Attualmente soffri di una malattia reumatologica, (ad es. connettivite mista e/o indifferenziata, lupus eritematoso sistemico (LES), poliartrite nodosa e/o sclerodermia)?	Si - No
5.1	Attualmente soffri di lupus eritematoso sistemico (LES)?	Si - No
5.1.1	Attualmente soffri di connettivite mista e/o indifferenziata, poliartrite nodosa e/o sclerodermia? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- No - Connettivite mista e/o indifferenziata - Poliartrite nodosa - Sclerodermia

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) comunicazioni@pec.intesasnpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 305.208.000,00 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Socio Unico: Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

Società del gruppo **INTESA**  **SANPAOLO**