



**INTESA SANPAOLO
PROTEZIONE**

Copertura Sanitaria
Piano Flexible Benefit
Convenzione 100904
per i Lavoratori aderenti al
Fondo

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

MODELLO FI 3080

Edizione 06/2025

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

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

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

SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 22:

SEZIONE I

- **Glossario** da pag. 1
- **Capitolo 1 – Norme che regolano la convenzione** - da pag. 4
- **Capitolo 2 – Norme che regolano il contratto in generale** – da pag. 6

SEZIONE II

- **Capitolo 1 – Prestazioni assicurate** - da pag. 10
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 15
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 16

ALLEGATI

- Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

Per rendere più chiare le norme che regolano la Convenzione e le Condizioni di Assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

Fondo grigio: decadenze, nullità, limitazione delle garanzie, oneri a carico del contraente o dell'assicurato

Box verde: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante e sostanziale delle Condizioni di Assicurazione.

Ove non diversamente stabilito i termini e le definizioni di seguito elencati, contraddistinti con lettera iniziale maiuscola, hanno nelle Condizioni di Assicurazione il significato a ciascuno di essi attribuito in questo Glossario.

I termini indicati al singolare includono il plurale, e viceversa. I termini che denotano un genere includono l'altro genere, salvo che il contesto o l'interpretazione indichino il contrario.

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione, cioè i lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute e i componenti del loro Nucleo familiare a carico inseriti in copertura.

Assicurazione: contratto con il quale Intesa Sanpaolo Protezione copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nelle CDA.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale Operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

Intesa Sanpaolo Protezione paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Carenza: periodo compreso tra la stipula del contratto assicurativo e l'attivazione delle coperture.

Cartella clinica: insieme dei documenti ufficiali avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.) La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.

CDA: Condizioni di assicurazione.

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.

Certificato di polizza: documento che contiene gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, premio, dati del Contraente, soggetti assicurati, ecc).

Compagnia: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

Contraente: Fondo Metasalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584, che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del versamento del premio.

Domicilio: luogo in cui l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

Data Evento:

- quella della prima diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di indennizzo
- quella dell'inserimento nelle liste d'attesa di trapianti italiane, o del trapianto, se non c'è stato l'inserimento nelle predette liste
- Prestazioni extra-ricovero/assistenza specialistica ambulatoriale: accertamenti, visite ed esami

Evento:

- prima diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di Indennizzo
- per il solo trapianto di organo, l'inserimento nelle liste d'attesa di trapianti italiane o il trapianto se avvenuto senza il predetto inserimento
- Prestazioni extra-ricovero/assistenza specialistica ambulatoriale: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria

Fondo: Fondo Metasalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584; ha finalità assistenziale ed è abilitato¹ a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

Indennizzo: la somma che Intesa Sanpaolo Protezione deve in caso di sinistro.

Istituto di cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera.

Non sono istituto di cura:

- o gli stabilimenti termali
- o le case di convalescenza e di soggiorno

¹ Art. 51 "Determinazione del reddito di lavoro dipendente" del D.P.R. n. 917/1986.

- o colonie
- o case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA)
- o istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per nucleo familiare.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., 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 e mista. Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata - Assicurazione del sito internet www.fondometasalute.it o nell'App mobile.

Nucleo familiare a carico: oltre al titolare lavoratore:

- 1) i soggetti di cui all'art. 12, lett. a) e c) del DPR. n. 917/1986, ossia
 - il coniuge fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili²) non legalmente ed effettivamente separato;
 - i figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati) sino al compimento del 26° anno di età, con eccezione dei figli con disabilità per i quali non ci sono limiti di età. In tale ambito, per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).
- 2) i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1).

I soggetti di cui ai precedenti punti non devono possedere un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) superiore a euro 2.840, 51 (DPR. n. 917/1986, punto n. 2) ed euro 4.000,00 per i figli di età inferiore ai 24 anni (Legge n. 205 del 2017, commi 252 e 253), o quello pro tempore vigente.

Parti: la Compagnia e il Contraente.

Polizza: contratto di assicurazione.

Piano di 1° rischio: il Piano Sanitario di cui il Lavoratore iscritto al Fondo Metasalute è Titolare, ovvero il Piano Base oppure MS1, MS2, MS3, MS4.

Premio: la somma che il Contraente deve a Intesa Sanpaolo Protezione.

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.

² Legge 76/2016, c.d. legge Cirinnà, che istituisce e regola le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto tra etero e omosessuali.

Intesa Sanpaolo Protezione: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di Intesa Sanpaolo Protezione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto

Ricovero: degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Sinistro: evento, previsto dal Contratto, che fa sorgere l'obbligo di corrispondere l'Indennizzo all'Assicurato nei limiti e alle condizioni previste dal Contratto.

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

Titolare: dipendente di azienda iscritta al Fondo.

CAPITOLO I – NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Art. 1. Oggetto della convenzione

Oggetto di questa convenzione è il Piano Sanitario integrativo per l'impiego dei cosiddetti flexible benefits.

Art. 2. Persone assicurabili

2.1. Persone assicurabili

I Lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute, che scelgono di destinare i flexible benefits di cui all'art. 17 Sez Quarta – Titolo IV del CCNL dell'Industria Metalmeccanica e della Installazione d'Impianti e dell'art 43 del CCNL del settore orafo argentiero e della gioielleria al Fondo Metasalute

I predetti Lavoratori aderiscono in forma volontaria alla presente copertura.

Inclusione/estensione della copertura assicurativa al Nucleo familiare del Lavoratore dipendente

Inclusione dei familiari a carico nel Piano Sanitario del Titolare

I familiari a carico identificati nella definizione di "Nucleo familiare" si intendono gratuitamente inclusi nel Piano Sanitario del Titolare, con massimali delle garanzie condivisi.

Il diritto all'inclusione o all'estensione della copertura assicurativa ai componenti del nucleo familiare a carico, permane finché sussiste l'iscrizione al Fondo del lavoratore dipendente, ferme rimanendo le condizioni di permanenza in copertura previste nella presente Convenzione.

Residenza degli assicurati

Sono assicurabili i lavoratori residenti in Italia e pure i transfrontalieri residenti all'estero se domiciliati presso Azienda avente sede in Italia.

Rientrano nelle definizioni di "Nucleo familiare" i familiari del lavoratore titolare **se sono anagraficamente residenti in Italia.**

Art. 3. Premio

3.1 Il premio annuo è comprensivo di imposte: 2,50%

3.2 Il premio, frazionato nel suo valore in dodici mensilità, è pagato dal Fondo su base mensile posticipata di tre mensilità.

3.3 L'obbligo di pagamento del premio cessa dal mese di cessazione dalla copertura del lavoratore. Si applica quanto previsto dall'articolo 4.2.

Art. 4. Inclusione, esclusione e variazione in corso d'anno delle persone assicurate

4.1. Inclusione ed esclusione di dipendenti

Non sono previste inclusioni in corso d'anno.

La data di efficacia e di cessazione della copertura assicurativa coincide con quella di efficacia e cessazione del diritto del lavoratore di usufruire del Piano Sanitario Metasalute.

Conseguentemente, la richiesta di esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa è formulata dal Fondo Metasalute a Intesa Sanpaolo Protezione, sotto la sua piena responsabilità, attraverso le modalità di cui all'art. 4.2.

4.2 Cessazione della Copertura

La copertura assicurativa cessa in ragione della richiesta di esclusione del lavoratore formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo Protezione, sotto la sua piena responsabilità, in ragione della perdita del diritto del lavoratore stesso di fruire dei Piani Sanitari del Fondo.

Se la comunicazione di esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa da parte del Fondo a Intesa Sanpaolo Protezione avviene entro il quinto giorno del mese successivo rispetto al mese di cessazione (mese di riferimento), quest'ultima ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di riferimento. Se la comunicazione è ricevuta dalla Compagnia successivamente al predetto quinto giorno, la cessazione ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione.

Il premio è dovuto sino al mese di permanenza in copertura assicurativa.

4.3 Inclusione dei componenti del Nucleo familiare

4.3.1 Inclusione dei componenti del "Nucleo familiare a carico"

La copertura decorre dal primo giorno del mese successivo alla registrazione del familiare effettuata dal Titolare caponucleo attraverso la piattaforma web resa disponibile dal Fondo. Resta inteso che il Titolare caponucleo deve essere già assicurato dalla presente Convenzione nei modi e nei termini di cui al precedente punto 4.1.

I figli di genitori, entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo Metasalute, coniugati, uniti civilmente o conviventi di fatto, devono essere inseriti in copertura solo nel nucleo di uno dei due genitori.

I figli di dipendenti di Aziende iscritte al Fondo non possono essere inseriti in copertura del nucleo familiare del genitore se sono anch'essi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo.

Se entrambi i coniugi, uniti civilmente o conviventi di fatto, sono dipendenti di Aziende iscritte al Fondo Metasalute e titolari del piano sanitario, non possono anche essere inseriti come familiari nel nucleo del rispettivo coniuge, unito civilmente o convivente.

4.3.2 Inclusione di familiari in corso d'anno

- Matrimonio, unione civile e nascita di figli: sono previste le stesse condizioni di cui ai punti 4.3.1;
- Inclusione postuma di un componente del "Nucleo familiare a carico" in corso d'anno per precedente omissione della comunicazione di cui al punto 4.3.1.

4.4 Regolazione del premio

In nessuno dei casi di cessazione è prevista la restituzione dei premi a qualunque titolo dovuti. Si procede alla consegna delle regolazioni contabili del premio secondo inclusioni e passaggi avvenuti nel mese di riferimento ed eventuali variazioni residuali riferite ai mesi precedenti.

Art. 5 Documentazione relativa alle coperture previste dalla Convenzione

Il Fondo mette a disposizione degli Assicurati i seguenti documenti:

- a) Informativa Privacy**
- b) Dip**
- c) Dip Aggiuntivo**
- d) Condizioni di Assicurazione**

Il Contraente si impegna a trasmettere, su richiesta, a Intesa Sanpaolo Protezione, tutta la documentazione messa a disposizione dell'Assicurato e inerente il presente contratto assicurativo (ivi comprese eventuali guide operative o note di sintesi), per consentire alla Compagnia il monitoraggio delle informazioni fornite agli Assicurati.

Art. 6 Operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso.

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, Intesa Sanpaolo Protezione informa in dettaglio il Contraente che, a sua volta, informa gli Assicurati.

Art. 7 Modifiche

Intesa Sanpaolo Protezione può introdurre modifiche delle garanzie, delle condizioni della polizza, delle procedure e dei tempi di liquidazione delle prestazioni assicurative solo con accordi specifici con il Fondo.

Art. 8 Foro competente

Per le controversie

- tra Intesa Sanpaolo Protezione e il Contraente: è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria della sede legale del Contraente
- tra Intesa Sanpaolo Protezione e l'Assicurato: è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del lavoratore dipendente o del familiare o dell'avente diritto.

Se esistono, le Parti possono ricorrere a sistemi conciliativi.

CAPITOLO II – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

Iscritta al numero 1.00125 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 340 del 30/09/1996³ e n. 2446 del 21/07/2006⁴

Sito: www.intesasnanpaoloprotezione.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasnanpaoloprotezione.com

Art. 2 Carenza

Non prevista.

Art. 3 Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 4. Cosa si assicura

Intesa Sanpaolo Protezione riconosce all'Assicurato:

- un Indennizzo nel caso in cui gli venga diagnosticata l'entrata in coma o una delle Malattie gravi tra quelle previste dalla presente copertura assicurativa, oppure debba sottoporsi ad un trapianto d'organo come ricevente;
- le spese relative all'alta specializzazione, visite specialistiche e accertamenti diagnostici.

Massimali, limiti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

Art. 5. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo e può cessare l'Assicurazione⁵.

La Compagnia si riserva sempre il diritto 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 nei loro confronti dell'Assicurazione.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 6. Altre assicurazioni/coperture

L'Assicurato, anche per mezzo del Contraente che ne abbia conoscenza, deve comunicare alla Compagnia se sono state stipulate altre assicurazioni per il medesimo rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, la Compagnia non è tenuta a pagare l'Indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza, indicando a ciascuno il nome

³ G.U. 236 dell'8 ottobre 1996

⁴ G.U. 185 del 10 agosto 2006

⁵ Articoli 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice civile.

degli altri⁶. L'Assicurato deve effettuare la suddetta comunicazione anche se lo stesso rischio è coperto direttamente o indirettamente da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi sanitari integrativi, società di mutuo soccorso e simili. In caso di pagamento, la Compagnia può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento⁷.

Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre compagnie assicurative deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le copie delle fatture relative al rimborso⁸.

Art. 7. Decorrenza dell'assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso

7.1. Decorrenza

L'assicurazione dura 12 mesi e decorre:

- dalle ore 00:00 del giorno 01.06.2025 se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati nei termini concordati di cui all'art. 3.2.
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

7.2 Tacito rinnovo

Il contratto non prevede il tacito rinnovo pertanto alla scadenza contrattuale l'assicurazione risulterà priva di ulteriore effetto.

7.3 Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dall'Assicurazione.

Art. 8. Pagamento del Premio – Anagrafica

8.1. Premio

Il premio assicurativo è pagato dal Fondo Metasalute (Contraente) a Intesa Sanpaolo Protezione su base mensile per ciascun lavoratore iscritto (e ricomprende gli eventuali componenti del suo "Nucleo Familiare a carico" inseriti in copertura).

L'obbligo di pagamento del premio cessa dal mese successivo a quello della data di esclusione dalla copertura del lavoratore.

È versato dal Contraente alla Compagnia con bonifico bancario.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.

Le successive scadenze devono comunque essere rispettate⁹.

Scaduti i termini, con raccomandata la Compagnia può sciogliere l'Assicurazione e ha comunque diritto a esigere i Premi scaduti.

8.2. Anagrafica

Il Fondo comunica a Intesa Sanpaolo Protezione le anagrafiche relative a tutti gli assicurati entro 30 giorni dalla decorrenza della presente copertura assicurativa.

E' possibile comunicare le stesse variazioni in corso d'anno di anagrafiche di persone assicurate nel Piano di primo rischio.

⁶ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

⁷ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

⁸ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

⁹ Art. 1901 "Mancato pagamento del premio" del Codice civile.

Il Contraente inoltre deve comunicare a Intesa Sanpaolo Protezione:

- residenza dell'Assicurato
- Codice Univoco Azienda, Piano Sanitario prescelto su base aziendale e provincia dello stabilimento dove è occupato il lavoratore.

Art. 9. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 10. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 11. Regime fiscale

Tassa sui premi: 2,50%

Tassa sugli indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato dalla Compagnia.

Art. 12 Reclami

I Reclami riguardanti il Contratto o su un servizio assicurativo a esso collegato devono essere inviati a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. Compilando online il modulo: <https://www.intesasnanpaoloprotezione.com/inviare-reclamo>

Art. 13 Controversie: mediazione

Per controversie tra Assicurato o Contraente e Intesa Sanpaolo Protezione connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente¹⁰.

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria (→ Art. 8 "Foro competente" delle Norme che regolano la Convenzione).

Art. 14 Servizio "CONSULTAZIONE ON LINE – HOME INSURANCE"

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet:

- **sul sito internet** www.fondometasalute.it
- **tramite il percorso: Area riservata – Richiedi prestazioni sanitarie**
- inserendo le credenziali di accesso, l'Assicurato può visionare le Condizioni di Assicurazione.

- **Sul sito internet** www.fondometasalute.it
- **Tramite il percorso Area Riservata- Richiedi prestazioni sanitarie**

¹⁰ D.lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Richiedere il VoucherSalute o inviare le richieste di indennizzo
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche.

App mobile “mètasalute”

Con l'app mobile “mètasalute”, è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- Richiedere il VoucherSalute o inviare le richieste di indennizzo

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata.

Art. 15 Rinvio alle Norme di Legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

Sezione II

CAPITOLO I – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 16 Descrizione delle prestazioni assicurate

Intesa Sanpaolo Protezione riconosce all'Assicurato:

- un Indennizzo nel caso in cui gli venga diagnosticata l'entrata in coma o una delle Malattie gravi tra quelle previste dalla presente copertura assicurativa, oppure debba sottoporsi ad un trapianto d'organo come ricevente;
- le spese relative all'alta specializzazione, visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Massimali limiti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

PRESTAZIONI

Prestazioni

A) Gravi Malattie

- cancro
- ictus cerebrale
- insufficienza renale
- insufficienza epatica cronica terminale
- coma
- trapianto d'organo come ricevente

B) Prestazioni extra-ricovero/assistenza specialistica ambulatoriale

- Alta specializzazione
- Visite specialistiche
- Accertamenti diagnostici

GRAVI MALATTIE

1. Indennizzo per Gravi malattie

1.1 Prestazioni

La Compagnia paga un Indennizzo se all'Assicurato viene diagnosticata per la prima volta, dopo la data di decorrenza della copertura assicurativa, l'entrata in coma o una delle gravi Malattie di seguito descritte, nonché in caso di trapianto d'organo come ricevente, alle condizioni di seguito riportate.



Cancro: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (oncologo) di cancro. Il cancro è un tumore maligno diagnosticato come tale dall'esame istopatologico. Il cancro comprende linfomi maligni e malattie maligne del midollo osseo inclusa la leucemia.

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- carcinoma in situ, cancro in situ, cancro non invasivo, displasia e tutte le condizioni pre-maligne
- carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
- tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
- carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcoma protuberante
- cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (saliva, feci, urina...) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili

Ictus cerebrale: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di ictus con conferma strumentale (TAC o RMN). L'ictus è la morte del tessuto cerebrale dovuta ad un apporto insufficiente di sangue (ictus ischemico) o ad un'emorragia (ictus emorragico) entrambi caratterizzati dalla comparsa improvvisa di nuovi riscontri neurologici, coerenti con la diagnosi di ictustali.

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- attacco ischemico transitorio (TIA) per temporanea interruzione o riduzione dell'afflusso del sangue al cervello
- lesioni al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni a seguito di trauma
- emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente; anomalie riscontrate alla TAC o alla RMI in assenza di chiara sintomatologia clinica di ictus e relativi deficit neurologici

Insufficienza renale: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (nefrologo) di insufficienza renale terminale all'ultimo stadio di entrambi i reni con necessità di trattamento dialitico regolare prescritto per la prima volta in vigenza contrattuale.

Insufficienza epatica cronica terminale: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (gastroenterologo) di insufficienza epatica. La diagnosi deve attestare una patologia cronica del fegato che risulta in uno stadio terminale di insufficienza epatica dovuto a cirrosi. Deve essere presente almeno uno dei seguenti segni: ittero permanente, asciti, encefalopatia epatica.

Coma: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di coma. La diagnosi deve attestare uno stato di incoscienza permanente e irreversibile, caratterizzato dall'assenza di reazioni a stimoli esterni o bisogni interni. Lo stato di incoscienza deve:

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

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- coma farmacologico
- coma secondario legato all'abuso di alcool o sostanze stupefacenti.

Trapianto d'organo: il sottoporsi a un trapianto come ricevente di uno dei seguenti organi umani interi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, midollo osseo o l'inclusione in una lista ufficiale di trapianti italiana per tale procedura.

L'indennizzo è riconosciuto anche in presenza di diagnosi preesistente per patologie progressive che hanno determinato l'insufficienza funzionale dell'organo da trapiantare.

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- trapianto parziale di organi o l'impiego di tessuti, cellule e cellule staminali.

L'indennizzo non è riconosciuta agli eredi se la diagnosi della grave patologia è avvenuta in un momento successivo al decesso dell'Assicurato: l'Assicurato deve essere in vita al momento della diagnosi.

Per avere diritto alle prestazioni previste dalla presente garanzia ("Gravi Malattie"), l'Assicurato dovrà essere in vita al momento della diagnosi.

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimale

Massimale: 10.000,00 euro a Evento

Regime di erogazione

Indennitario

La Compagnia riconosce più indennizzi se all'Assicurato sono diagnosticate più malattie gravi, stati comatosi o la necessità di sottoporsi a trapianti in corso di copertura. Tali Eventi non devono però essere:

- concomitanti
- concause l'uno dell'altra.

Esempio di Eventi concomitanti: ictus cerebrale e insufficienza renale al contempo

Esempio di Eventi che siano concausa l'uno dell'altro: l'Assicurato a causa di un ictus cerebrale entra in stato comatoso.

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Intesa Sanpaolo Protezione integra le somme rimaste a carico dell'assicurato a seguito della liquidazione avvenuta in base all'applicazione delle condizioni previste dal Piano Sanitario Base, MS1, MS2, MS3 e MS4 del Fondo Metasalute (di seguito, "Piano di 1° rischio").



B.1.1 MASSIMALE

In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Assistenza Diretta:

Integrazione del 75% della somma rimasta a carico dell'Assicurato (scoperto applicato dal Piano di 1° rischio)

In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in regime rimborsuale:

Integrazione della somma rimasta a carico fino a un massimo di 50,00 euro per prestazione

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

Esempi:

PIANO BASE

Massimale: max. 5 prestazioni per nucleo familiare: senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Richiesta di rimborso per Angiografia € 125,00

Limite massimo indennizzabile € 50,00 per accertamento/ciclo di terapia

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 50,00 pari al sub-massimale per accertamento

COPERTURA INTEGRATIVA

Limite massimo indennizzabile a rimborso € 50,00 per prestazione

Importo rimasto a carico dell'assicurato dopo la liquidazione a 1° rischio: € 75,00 (125€-50€)

Rimborso € 50,00, ulteriore rispetto al rimborso di € 50,00 ricevuto per il PIANO BASE.

B.2 VISITE SPECIALISTICHE

Intesa Sanpaolo Protezione integra le somme rimaste a carico dell'assicurato a seguito della liquidazione avvenuta in base all'applicazione delle condizioni previste dal Piano Sanitario Base, MS1, MS2, MS3 e MS4 del Fondo Metasalute (di seguito, "Piano di 1° rischio")

**B.2.1 MASSIMALE****In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Assistenza Diretta:**

Integrazione della somma rimasta a carico fino a un massimo di € 35,00 per visita (franchigia rimasta a carico dal 1° rischio)

In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Regime rimborsuale:

Integrazione della somma rimasta a carico fino a un massimo di € 50,00 per visita

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

Esempi:

PIANO BASE

Massimale max. 5 prestazioni per nucleo familiare: senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita € 50,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 50,00

COPERTURA INTEGRATIVA

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita € 50,00

Importo rimasto a carico dell'assicurato dopo la liquidazione a 1° rischio € 15,00 (65€-50€)

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 15,00, ulteriore rispetto al rimborso di € 50,00 ricevuto per il PIANO BASE.

B.3 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Intesa Sanpaolo Protezione integra le somme rimaste a carico dell'assicurato a seguito della liquidazione avvenuta in base all'applicazione delle condizioni previste dal Piano Sanitario Base, MS1, MS2, MS3 e MS4 del Fondo Metasalute (di seguito, "Piano di 1° rischio")



B.3.1 MASSIMALE

In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Assistenza Diretta:

Integrazione del 75% della somma rimasta a carico dell'Assicurato (scoperto applicato dal Piano di 1° rischio)

In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Regime rimborsuale:

Integrazione della somma rimasta a carico fino a un massimo di 30,00 euro per prestazione

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Regime rimborsuale

Esempi:

PIANO BASE

Massimale max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura €30,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 30,00.

COPERTURA INTEGRATIVA

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura €30,00

Importo rimasto a carico dell'assicurato dopo la liquidazione a 1° rischio € 160,00 (190€-30€)

Rimborso € 30,00, ulteriori rispetto al rimborso di € 30,00 ricevuto per il PIANO BASE.

Art. 17 Estensioni di garanzia

Con riferimento al trapianto d'organo l'indennizzo verrà corrisposto anche qualora l'esigenza di sottoporsi al trapianto si fosse manifestata prima della decorrenza della presente copertura.

In tutti gli altri casi il presupposto che giustifica la corresponsione dell'indennizzo (es. diagnosi di insufficienza renale) deve essersi verificato in vigenza della presente copertura.

CAPITOLO II – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 18 Esclusioni

Si intendono operanti le stesse esclusioni previste dai Piani di 1° rischio in vigore.



Ulteriormente sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) attività dolosa dell'Assicurato
- 2) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi
- 3) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti
- 4) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo
- 5) uso di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- 6) infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione

L'Indennizzo non può essere richiesto anche nei seguenti casi:

- 1) relativamente all'evento cancro:
 - a. carcinoma in situ, cancro in situ, cancro non invasivo, displasia e tutte le condizioni pre-maligne
 - b. carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
 - c. tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
 - d. carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcoma protuberante
 - e. cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina...) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili
- 2) relativamente all'evento ictus cerebrale:
 - a. attacco ischemico transitorio (TIA)
 - b. lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni
 - c. emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente; anomalie riscontrate alla TAC o alla RMI in assenza di chiara sintomatologia clinica di ictus e relativi deficit neurologici
- 3) relativamente all'evento trapianto d'organo:
 - a. trapianto di altri organi diversi dal cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, midollo osseo, parti di organi, tessuti o cellule
 - b. trapianto parziale o l'impiego di cellule staminali
- 4) relativamente all'evento coma:
 - a. coma farmacologico
 - b. coma secondario legato all'abuso di alcool o sostanze stupefacenti.

conseguenze dirette o indirette di pandemie

Art. 19 Persone non assicurabili

Non ci sono limiti di età.

Non ci sono limiti di età per il Titolare e per i familiari, con eccezione:

- dei figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati) che rientrano nel "Nucleo familiare a carico" sino al compimento del 26° anno di età (salvo il caso di figli con disabilità come definiti nella definizione di "Nucleo Familiare a carico").

CAPITOLO III – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 20 Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

20.1 Oneri

Denuncia

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo Protezione non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo¹¹.

Se la richiesta di accesso ad una prestazione in forma diretta o di indennizzo difetta degli elementi essenziali qui di seguito indicati, la richiesta stessa non è da intendersi correttamente presentata e sarà quindi respinta.

Intesa Sanpaolo Protezione si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici non entrano nel merito della richiesta medica ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura.

Intesa Sanpaolo Protezione respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

Regime indennitario

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la garanzia
- mancanza completa di documentazione
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di indennizzo da parte dell'Assicurato

Intesa Sanpaolo Protezione richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di apertura del sinistro se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: assenza del prospetto di liquidazione)
- non è stato indicato correttamente l'Assicurato cui il Sinistro si riferisce. Se l'Assicurato non integra la richiesta di Indennizzo entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di integrazione della Compagnia, la richiesta di Indennizzo è respinta; la domanda può comunque essere ripresentata.

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

¹¹ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

Se l'Assicurato riceve indennizzo da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.

Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese, dal Tedesco e dallo Spagnolo deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo Protezione

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da Intesa Sanpaolo Protezione e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari (ad esempio nel caso in cui la cartella clinica contenga dei dati incongruenti con quelli dichiarati in sede autorizzativa e necessari per la liquidazione del sinistro).

Per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare Intesa Sanpaolo Protezione
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale 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
 - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Intesa Sanpaolo Protezione a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

Pagamento dell'indennizzo in caso di Beneficiario minorenne o incapace d'agire

In caso di beneficiario minorenne o incapace d'agire Intesa Sanpaolo Protezione eroga l'indennizzo:

- o a chi esercita la potestà parentale

- al Tutore
- al Curatore
- all'Amministratore di sostegno

dietro presentazione dell'originale o copia autenticata di Decreto del Giudice Tutelare che autorizza questi ultimi a riscuotere il capitale destinato al beneficiario minorenni o incapace.

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

Art. 20.2 Procedura di accesso alle prestazioni – Domanda di pagamento dell'indennizzo – Garanzia “Gravi Malattie”

La richiesta può essere fatta in modalità digitale o cartacea. In entrambi i casi:

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore del Titolare caponucleo.

Per valutare in modo corretto il Sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, la Compagnia può sempre chiederne anche gli originali.

La Compagnia si impegna a mettere in pagamento l'Indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica, ossia di predisposizione della lettera di liquidazione, e non di accredito) all'Assicurato:

- entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di indennizzo completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria;
- entro 25 giorni lavorativi nel caso di richiesta di integrazione della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria. Il computo dei giorni inizia in questo caso dalla ricezione della richiesta di indennizzo e resta sospeso ogni volta che viene chiesta un'integrazione documentale all'Assicurato, ripartendo al momento della ricezione della documentazione da parte della Compagnia. Il termine non riparte da zero, ma al contrario vengono conteggiati e sommati tra loro i periodi in cui la richiesta è rimasta in carico alla Compagnia.

a) Modalità di invio della richiesta

MODALITÀ DIGITALE

La richiesta, assieme alla documentazione giustificativa medica e di spesa (vedi successiva lett. b), può essere inviata attraverso:

- la propria area riservata (www.fondometasalute.it)
- la app mobile.

La documentazione giustificativa va allegata a seguito di sua scansione o fotografia, che deve essere chiaramente leggibile. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

MODALITÀ CARTACEA

In alternativa, può essere stampato e compilato il “Modulo di richiesta di rimborso spese sanitarie” (disponibile nel sito www.intesasampaolo protezione.com), al quale va allegata copia della documentazione giustificativa prevista. Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, Intesa Sanpaolo Protezione prende in carico la richiesta di rimborso cartacea solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo (incluso il “Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia”, da sottoscrivere con firma specifica in aggiunta a quella da apporre in calce alla richiesta di rimborso).

Il modulo e la documentazione allegata (vedi successiva lett. b) devono essere inviati a:

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.
presso PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
(Rif. Fondo Metasalute)
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

b) Documentazione da allegare alla richiesta

Alla richiesta, indipendentemente dalla modalità con cui sia inviata (digitale o cartacea), va allegata una copia dei seguenti documenti:

per la garanzia malattie gravi

- **dichiarazione del medico specialista** che attesti la diagnosi di una delle patologie elencate nella presente Polizza
- **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)**, relativa alla patologia oggetto del Sinistro nel caso in cui abbia comportato ricovero
- **eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter liquidare il sinistro**
- **con riferimento alla garanzia “gravi malattie” (salvo il caso di richiesta di indennità per trapianto d’organo) per escludere la presenza di patologie preesistenti: certificato anamnestico**

per le prestazioni extra-ricovero/assistenza specialistica ambulatoriale:

In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso **copia del prospetto di liquidazione/altra documentazione da cui si evinca il numero del sinistro e l'eventuale importo rimasto a carico dell'Assicurato a primo rischio.**

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Regime rimborsuale, se si accerta che l'Assicurazione non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione

- o la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- o l'Assicurato deve restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato all'Assicurato.

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli¹²:

SEZIONE I - CAPITOLO I - NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Art. 4. Inclusione, esclusione e variazione in corso d'anno delle persone assicurate

Art. 8 - Foro competente

SEZIONE I - CAPITOLO II – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Assenza di Questionario Sanitario

Art. 6 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 7 - Decorrenza dell'assicurazione – Tacito rinnovo- diritto di recesso

Pagamento del premio - Anagrafica

Art. 8 – Pagamento del premio - Anagrafica

Art. 10 - Forma delle comunicazioni

SEZIONE II - CAPITOLO II - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Art. 18 - Esclusioni

Art. 19 - Persone non assicurabili

SEZIONE II - CAPITOLO III - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 20 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

L'Amministratore Delegato e Direttore Generale
Massimiliano Dalla Via
firmato digitalmente

Fondo MetaSalute

Il Presidente
Massimiliano Nobis
firmato digitalmente

¹² Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.



Allegato 1: Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per sinistro. Si specifica che in sede di liquidazione del sinistro Intesa Sanpaolo Protezione integra le somme rimaste a carico dell'assicurato in modo tale che la somma totale comprensiva di quanto indennizzato a 1° rischio e quanto indennizzato ai sensi del presente contratto non superi il massimale previsto dal Piano Base, MS1, MS2, MS3 e MS4.

COPERTURA INDENNITARIA E INTEGRATIVA FLEXIBLE BENEFITS

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti/franchigie/massimi indennizzabili
A. GRAVI MALATTIE	
A. Indennizzo per gravi malattie:	
▪ Cancro ▪ Ictus celebrale ▪ Insufficienza renale ▪ Insufficienza epatica cronica terminale ▪ Coma	
Trapianto d'organo	
Condizioni:	
Indennizzo	10.000,00 euro a Evento
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B.1 Alta Specializzazione	
Condizioni	
Rimborso:	
In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Assistenza Diretta	Integrazione al 75% della quota a carico
In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in regime rimborsuale	max 50,00 euro per prestazione
B.2 Visite specialistiche	
Condizioni	
Rimborso:	
In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Assistenza Diretta	Integrazione massima di 35,00 euro per visita
In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in regime rimborsuale	Integrazione massima di 50,00 euro per visita
B.3 Accertamenti diagnostici	
Condizioni	
Rimborso:	
In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in Assistenza Diretta	Integrazione al 75% della quota a carico
In caso di prestazione effettuata a 1° rischio in regime rimborsuale	Integrazione massima di 30,00 euro per prestazione



INTESA SANPAOLO
PROTEZIONE

N.B. - Le integrazioni si intendono per il lavoratore dipendente e il proprio nucleo familiare fiscalmente a carico
- Per i Piani Integrativi le integrazioni si applicano a quanto già previsto dai singoli Piani.

INFORMATIVA NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (DI SEGUITO L'INFORMATIVA)

L'informativa si rivolge a tutti i clienti e a tutti coloro che, a vario titolo, sono collegati agli stessi, i cui dati ci sono stati forniti da altri soggetti¹ nelle fasi precontrattuali o in esecuzione di un contratto (ad esempio: contraente, assicurato, richiedenti il preventivo e/o eventuali legali rappresentanti, proprietario del veicolo assicurato se diverso dal contraente o proprietario del veicolo del quale si intende utilizzare la classe di merito nel caso di agevolazione della c.d. "Legge Bersani - L. 104/2008", richiedente il preventivo, danneggiati e/o eventuali loro legali rappresentanti).

Il contenuto aggiornato dell'informativa potrà essere consultato nella sezione "Privacy" del sito www.intesasampaoloprotezione.com

1. COSA SI INTENDE PER TRATTAMENTO DI DATI? CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO E QUALI SONO I DATI DI CONTATTO?

Il GDPR definisce il "**dato personale**" come "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile".

Il GDPR definisce anche puntualmente cosa si intende per "**trattamento**", ossia "qualunque operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione."

In qualità di " **Titolare del trattamento**", Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., società del Gruppo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, agendo nel pieno rispetto di principi di correttezza, liceità e trasparenza, determina i mezzi e le finalità di ognuna di queste "operazioni" che coinvolge, anche solo potenzialmente, i tuoi dati personali, tutto ciò garantendo la tua riservatezza e tutelando appieno i tuoi diritti.

Questi sono i riferimenti utili **per contattarci**:

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., Sede legale: Via San Francesco d'Assisi 10 – 10122 Torino.

comunicazioni@pec.intesasampaoloprotezione.com

www.intesasampaoloprotezione.com

2. CHI È IL "RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI"? COME LO PUOI CONTATTARE?

Il "Responsabile della protezione dei dati" (DPO – Data Protection Officer) è una figura di garanzia che abbiamo provveduto a nominare e a cui ci si potrà rivolgere per tutte le questioni relative al trattamento dei dati personali e per esercitare i diritti previsti dal GDPR, contattandolo al seguente indirizzo e-mail:

dpo@intesasampaoloprotezione.com

¹ Ad esempio eventuali coobbligati, altri operatori assicurativi (quali agenti, mediatori di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); società del Gruppo Intesa Sanpaolo di cui Lei è già cliente; soggetti ai quali per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura assicurativa, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni o sono tenuti a comunicarci informazioni; società che svolgono attività di gestione relative al dispositivo "Viaggia con me Box" per le polizze che ne prevedono l'installazione.

3. QUALI DATI PERSONALI TRATTIAMO?

I dati personali che trattiamo e proteggiamo appartengono alle seguenti categorie:

- **dati identificativi e anagrafici**, come il nome e il cognome, la denominazione, il codice fiscale, la partita IVA, la data e il luogo di nascita, l'indirizzo di residenza/domicilio, il domicilio fiscale, l'indirizzo di corrispondenza, il genere, la nazionalità, e i dati relativi ai documenti identificativi;
- **dati relativi all'immagine**, come la fotografia presente sul documento identificativo;
- **dati di contatto**, come il numero del telefono fisso e del cellulare, l'indirizzo e-mail e la PEC;
- **dati relativi alla situazione personale e familiare**, come lo stato civile e la composizione del nucleo familiare;
- **dati appartenenti a categorie "particolari"**, ad esempio eventuali dati biometrici e i dati relativi alla salute. Si tratta dei dati che in passato erano definiti "sensibili" e richiedono una protezione "particolare" ed uno specifico consenso.

Inoltre, per le sole polizze Motor, trattiamo:

- **dati derivanti dall'utilizzo del dispositivo "ViaggiaconMe"**, qualora la polizza preveda l'installazione della box;
- **dati acquisiti da pubbliche banche dati²**,
- **dati dei soggetti terzi** interessati dal contratto assicurativo (ad esempio contraente, proprietario del veicolo assicurato se diverso dal contraente o proprietario del veicolo del quale si intende utilizzare la classe di merito nel caso di agevolazione della c.d. "Legge Bersani – L. 104/2008", danneggiati e/o eventuali loro legali rappresentanti).

4. PERCHÉ TI CHIEDIAMO DI FORNIRCI I TUOI DATI?

Abbiamo bisogno dei tuoi dati per istruire, concludere e dare corretta esecuzione ai contratti e per adempiere ai relativi obblighi di legge.

Trattiamo inoltre i tuoi dati per finalità di promozione di prodotti e servizi della Società e del Gruppo Intesa Sanpaolo.

Se deciderai di non fornirci i tuoi dati, ci troveremo nell'impossibilità di attivare alcuni dei nostri servizi e di dare esecuzione ai contratti.

5. DA CHI RACCOGLIAMO I TUOI DATI? COME LI TRATTIAMO?

I dati che trattiamo possono avere provenienza:

- **Diretta**: se ce li hai comunicati tu nelle occasioni in cui hai interagito con noi;
- **Indiretta**: se li abbiamo raccolti da terzi (ad esempio dal contraente di polizza) o da fonti accessibili al pubblico (ad esempio dalla Camera di Commercio e da Albi Professionali e da altre Banche Dati di settore), in osservanza delle normative di riferimento.

Ci prendiamo in ogni caso cura dei tuoi dati: li trattiamo mediante strumenti manuali, informatici e telematici e ne garantiamo la sicurezza e la riservatezza.

² Informazioni tecniche relative al veicolo, attestato di rischio, verifica della copertura assicurativa, etc.

I tuoi dati possono essere utilizzati all'interno di processi decisionali automatizzati implementati dalla società al fine di dare esecuzione al contratto e/o far fronte ad adempimenti obbligatori previsti dalla normativa vigente (per esempio all'interno dei processi di disdetta dei contratti sottoscritti dalla clientela). L'elenco completo dei trattamenti decisionali automatizzati agiti dalla società è descritto nell'allegato "processi decisionali automatizzati agiti da Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A." sempre disponibile nella versione più aggiornata nella sezione Privacy del sito www.intesasnanpaoloprotezione.com

6. SU QUALI BASI SI FONDANO I TRATTAMENTI CHE EFFETTIAMO? PER QUALI FINALITÀ TRATTIAMO I TUOI DATI?

Il trattamento dei dati personali è lecito solamente se la sua finalità è sostenuta da una base giuridica valida, ricompresa cioè tra quelle previste dal GDPR.

Ti mostriamo sinteticamente, in corrispondenza dei diversi fondamenti giuridici previsti, quali sono i trattamenti che effettuiamo e le finalità che perseguiamo.

LA BASE GIURIDICA	LE NOSTRE FINALITÀ
a) Consenso (art. 6.1 lettera a) del GDPR e art. 9.2 lettera a) del GDPR) ----- ----- Questi trattamenti sono possibili solo se hai rilasciato il consenso per la specifica finalità. Hai sempre e comunque il diritto di revocare la totalità o parte dei consensi rilasciati.	<u>Effettuiamo</u> attività di marketing diretto e indiretto ed in particolare: - svolgiamo attività funzionali alla promozione e vendita di prodotti e servizi di società del Gruppo Intesa Sanpaolo o di società terze ed effettuiamo indagini di mercato e di customer satisfaction sia attraverso l'uso di posta cartacea e di chiamate telefoniche tramite operatore; - comunichiamo ad altre società del Gruppo Intesa Sanpaolo (quali Assicurazioni, Banche, SIM, SGR), che provvederanno a fornirti una propria informativa, per lo svolgimento, da parte loro, di attività Promo-Commerciali con riferimento a prodotti e/o servizi propri o di terzi. <u>Trattiamo</u> dati appartenenti a categorie "particolari" solo se strettamente necessario per finalità specifiche, ad esempio per la verifica dell'assumibilità del rischio e delle clausole di esclusione, attraverso l'analisi del questionario sanitario e/o del rapporto di visita medica, nell'ambito della gestione dei sinistri, o dell'attività di monitoraggio della corretta esecuzione delle prestazioni effettuate dalle eventuali terze parti coinvolte (ad es.: strutture sanitarie convenzionate).
b) Contratto e misure precontrattuali (art. 6.1 lettera b) del GDPR)	<u>Prestiamo</u> i servizi richiesti e diamo esecuzione ai contratti o agli atti relativi alle fasi precontrattuali.
c) Obbligo di legge (art. 6.1 lettera c) del GDPR)	<u>Adempiamo</u> a prescrizioni normative, ad esempio in ambito fiscale e in materia di antiriciclaggio, di anticorruzione e di prevenzione delle frodi nei servizi di pagamento. <u>Adempiamo</u> a disposizioni dell'Autorità, ad esempio in relazione a richieste specifiche dell'Autorità Giudiziaria e/o delle Autorità di Vigilanza (IVASS, COVIP, Garante Privacy, ecc.).

d) *Legittimo interesse*
(art. 6.1 lettera f) del
GDPR)

Perseguiamo interessi legittimi nostri o di terzi, che si dimostrino leciti, concreti e specifici, dopo aver appurato che ciò non comprometta i tuoi diritti e le tue libertà fondamentali.

Tra questi rientrano, ad esempio, la sicurezza fisica, la sicurezza dei sistemi IT e delle reti, la prevenzione delle frodi e la produzione di statistiche, l'esercizio e la difesa di un diritto, la gestione delle operazioni societarie, le attività di caring rivolte alla clientela, lo sviluppo e aggiornamento di modelli predittivi e descrittivi, nonché il trasferimento dei dati personali all'interno del Gruppo Intesa Sanpaolo per finalità amministrative.

Utilizziamo, inoltre, il legittimo interesse per lo scambio di informazioni con le società del Gruppo ISP, per finalità amministrative e nell'ambito della gestione congiunta del cliente condiviso, che si fonda sul modello distributivo di Gruppo. Tale attività è volta a garantire una consulenza efficace, basata sulla adeguata conoscenza dei clienti, nonché alla creazione di una offerta di prodotti e servizi adeguati alle reali esigenze degli stessi.

L'elenco completo degli interessi legittimi che perseguiamo è descritto nell'allegato "Gli interessi legittimi" sempre disponibile nella versione più aggiornata nella sezione "Privacy" del sito www.intesasampaoloprotezione.com

7. CHI POTREBBE RICEVERE I DATI CHE CI HAI FORNITO?

Possiamo comunicare i tuoi dati ad altri soggetti, sia all'interno che all'esterno dell'Unione Europea, ma **solo per le specifiche finalità indicate in informativa secondo le basi giuridiche previste dal GDPR.**

Possono essere destinatari dei tuoi dati:

- le **Autorità** (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc...) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi (es. SCIPAFI).
- i **sistemi pubblici informativi** istituiti presso le pubbliche amministrazioni, tra cui il PRA (Pubblico Registro Automobilistico);
- soggetti appartenenti al **Gruppo Intesa Sanpaolo**, ad esempio in qualità di distributori dei nostri prodotti assicurativi e fornitori di servizi, nominati responsabili esterni del trattamento per conto della Società;
- i **Soggetti terzi** (società, liberi professionisti, etc..), ad esempio:
 - soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori;
 - agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori diretti, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (banche, Poste Italiane, Sim, Sgr, Società di Leasing, ecc.);
 - società di servizi per il quietanzamento, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione e il pagamento dei sinistri tra cui la centrale operativa di assistenza, società addette alla gestione delle coperture assicurative connesse alla tutela giudiziaria, cliniche

convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo della Società ivi compresa la posta elettronica); società di servizi postali (per trasmissione imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti;

- fondi sanitari, casse sanitarie, società di mutuo soccorso;
- medici e strutture sanitarie convenzionate;
- società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari della Società che svolgono per conto di quest'ultima attività di consulenza e assistenza;
- soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (help desk, call center, ecc.);
- organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate;
- gestione della comunicazione alla clientela, nonché archiviazione di dati e documenti sia in forma cartacea che elettronica;
- rilevazione della qualità dei servizi;
- altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria;
- società terze in qualità di provider per la gestione del dispositivo "ViaggiaconMe" per le polizze per cui è prevista la sua installazione.

L'elenco dei destinatari dei dati personali è disponibile alla sezione Privacy del sito www.intesasanpaoloprotezione.com.

8. COME PROTEGGIAMO I TUOI DATI QUANDO LI TRASFERIAMO FUORI DALL'UNIONE EUROPEA O A ORGANIZZAZIONI INTERNAZIONALI?

Di norma trattiamo i tuoi dati all'interno dell'Unione Europea; **per motivi tecnici od operativi**, potremmo però trasferire i dati verso:

- paesi al di fuori dell'Unione Europea o organizzazioni internazionali che, secondo quanto stabilito dalla Commissione Europea, garantiscono un livello di protezione adeguato;
- altri paesi, basandoci, in questo caso, su una delle "garanzie adeguate" o su una delle specifiche deroghe previste dal GDPR.

Inoltre, i tuoi dati possono essere trasmessi, per finalità connesse alla **prevenzione e di contrasto del terrorismo e del suo finanziamento**, alle Autorità pubbliche degli Stati Uniti d'America, con cui l'Unione Europea ha concluso uno specifico accordo³.

9. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I TUOI DATI?

Per obbligo di legge conserviamo i tuoi dati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui sei parte; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto, nel caso questo in cui non si trasformi in contratto.

³ G.U. Unione Europea L 195/5 del 27.7.2010.

Li tratteremo per un periodo maggiore esclusivamente nei casi espressamente previsti dalla legge o per perseguire un interesse legittimo, nostro o di terzi.

10. QUALI SONO I TUOI DIRITTI?

Il GDPR attribuisce alle persone fisiche, ditte individuali e/o liberi professionisti ("Interessati") specifici diritti, tra i quali il diritto di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento, nonché la possibilità di opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento. È inoltre contemplato il diritto di richiedere un intervento umano laddove sia previsto un processo decisionale automatizzato (compresa la profilazione).

Per esercitare i tuoi diritti puoi scrivere alla casella mail dpo@intesasnpaoloprotezione.com

Effettueremo **gratuitamente** tutte le azioni e le comunicazioni necessarie. Solo qualora le tue richieste dovessero dimostrarsi manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, potremo addebitarti un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le tue richieste.

Fatto salvo il tuo diritto di ricorrere in ogni altra sede amministrativa o giurisdizionale, qualora ritenessi che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile potrai proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente.

I tuoi diritti sono meglio descritti nel documento "I diritti degli interessati" disponibile sulla sezione "Privacy" del sito www.intesasnpaoloprotezione.com

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via S. Francesco d'Assisi n. 10, 10122 Torino (TO)
Tel.+39 011 5554015
servizioclienti@pec.intesasanpaoloprotezione.com
comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE S.p.A.
Impresa iscritta al numero 1.00125 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni