

## 13. Critical Illness

Dal 2023 è attiva la garanzia **CRITICAL ILLNESS**, che prevede l'**indennizzo** in favore dei Professionisti titolari di copertura automatica o volontaria **Premium/Premium Plus**, di euro **15.000,00** (quindicimila) a seguito di prima diagnosi di una affezione critica, riferibile a:

- **Ictus cerebrale;**
- **Cancro o tumore maligno;**
- **Malattia dei motoneuroni.**

### CHI PUO' FARE DOMANDA

I rimborsi previsti sono erogati direttamente da Gestione Professionisti in favore dei richiedenti, **titolari di copertura automatica o volontaria Premium/Premium Plus** già attiva al momento dell'evento e la cui età anagrafica al momento della richiesta non sia superiore ad **anni 75 (settantacinque)**. In caso di decesso del titolare della copertura le richieste possono essere effettuate dagli eredi negli stessi termini previsti per il titolare.

### MALATTIE GRAVI CHE DANNO DIRITTO ALL'INDENNIZZO

L'indennizzo è previsto nel caso in cui al Professionista titolare di copertura **Premium/Premium Plus** venga diagnosticata una tra le seguenti malattie:

1. **Ictus Cerebrale**, definito quale accidente cerebrovascolare dovuto a emorragia o a infarto cerebrale (trombosi o embolia) che produce un danno neurologico permanente, riscontrabile chiaramente all'esame obiettivo e che permane per un periodo continuativo di almeno 30 giorni successivamente all'esordio dell'ictus, con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (a titolo esemplificativo e non esaustivo, in forma permanente: paresi, disturbi della parola, debolezza agli arti di un lato, disturbi della sensibilità, confusione mentale, disturbi della vista). L'ictus cerebrale è indennizzabile solo se ne è stata accertata l'origine e riconosciute l'entità e la permanenza;
2. **Cancro o tumore maligno**, caratterizzato da crescita e diffusione incontrollate di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. Il cancro o tumore maligno per essere definito tale deve richiedere l'intervento chirurgico, la radioterapia o la chemioterapia. Sono inclusi anche il cancro o tumore maligno terminale, che può essere trattato solamente mediante terapie palliative;
3. **Malattia dei motoneuroni**, caratterizzata da degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari (come atrofia muscolare spinale, paralisi bulbare progressiva, sclerosi laterale amiotrofica o sclerosi laterale primaria). Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente o continua per almeno 3 (tre) mesi.

**Attenzione: tutta la documentazione** relativa alla malattia per la quale viene effettuata la richiesta **deve essere successiva alla decorrenza del Piano Premium/Premium Plus** (accertamenti, visite e/o analisi).

L'elenco delle esclusioni e limitazioni è consultabile nel [Regolamento Prestazioni Dirette Gestione Professionisti](#).

### CARENZA

Gli indennizzi sono soggetti ad un periodo di carenza di **quaranta (40) giorni** dalla data di effetto della Polizza e alla sopravvivenza dell'Assicurato per almeno **quindici (15) giorni** dalla data della diagnosi.

### DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Ai fini dell'erogazione dell'indennità deve **necessariamente** essere allegata alla domanda la seguente documentazione:

#### 1. Ictus Cerebrale

- Cartella Clinica e Relazione Medica in cui sia accertata l'origine dell'ictus cerebrale e ne siano riconosciute l'entità e la permanenza;
- Risonanza magnetica, tac o altre tecniche.

## 2. Cancro o tumore maligno

- Cartella Clinica e Relazione Medica della patologia esistente contenente la diagnosi del cancro o tumore maligno;
- Prova istologica di malignità confermata da parte di uno specialista oncologo o anatomico-patologo.

## 3. Malattia dei motoneuroni

- Cartella Clinica e Diagnosi della malattia da parte di uno specialista neurologo.

**Attenzione: tutta la documentazione** relativa alla malattia per la quale viene effettuata la richiesta **deve essere successiva alla decorrenza del Piano Premium/Premium Plus** (accertamenti, visite e/o analisi).

**Attenzione:** in caso di certificazione in lingua straniera, sarà necessario produrre idonea traduzione della documentazione sanitaria.

### MODALITA' DI RICHIESTA

Ciascun titolare di copertura - automatica o volontaria - con formula **Premium/Premium Plus**, già attiva al momento dell'evento, può presentare domanda di indennità con la seguente modalità:

- Scaricare il modulo "Richiesta Critical Illness";
- Compilare il modulo e allegare la documentazione richiesta, inviando la domanda:
- Tramite PEC all'indirizzo [gestioneprofessionisti@pec.ebipro.it](mailto:gestioneprofessionisti@pec.ebipro.it);
- Tramite e-mail all'indirizzo [rimborsi.gp@ebipro.it](mailto:rimborsi.gp@ebipro.it);
- Tramite raccomandata A/R indirizzata a Gestione Professionisti – Ebipro, Viale Pasteur n. 65 – 00144 Roma (RM).

### TERMINI PER LA RICHIESTA

Saranno considerate valutabili le richieste inoltrate dal **01/01/2024 a tutto il 31/01/2027** esclusivamente mediante l'apposita procedura descritta per **malattie diagnosticate dal 01/01/2024 al 31/12/2026 e comunque non prima della attivazione della copertura con formula Premium/Premium Plus**, che deve essere precedente agli accertamenti, visite e/o analisi svolte al fine di diagnosticare la malattia. Per ottenere l'indennità, il Professionista titolare di copertura deve presentare la relativa richiesta **entro trenta (30) giorni** dalla data in cui è stata certificata la patologia.

Gestione Professionisti liquiderà l'indennizzo a seguito della prima diagnosi di una affezione critica. L'indennizzo, **una tantum (unica ed irripetibile) per iscritto, è erogabile una (1) sola volta nell'arco dell'intera iscrizione a Gestione Professionisti**, anche in caso di iscrizione discontinua. La possibilità di richiedere ulteriori indennizzi cessa in automatico al momento della prima liquidazione dell'indennizzo stesso, a prescindere dal numero di affezioni critiche riferibili al Professionista titolare di copertura. Ferma restando la valutazione sulla rimborsabilità delle prestazioni richieste, saranno liquidate **malattie diagnosticate dal 01/01/2024 al 31/12/2026** e in nessun caso saranno liquidati importi superiori ad euro 15.000,00 per ciascun richiedente.

Consulta il [Regolamento](#) per ulteriori dettagli, specifiche e limitazioni.