INTESA SANPAOLO PROTEZIONE

Polizza SFERA+

Area Salute

Condizioni di Assicurazione

Modulo Spese Mediche

Edizione luglio 2026

SFERA+

Dedicato ai correntisti di Fideuram -
Intesa Sanpaolo Private Banking S.p.A.
(di seguito anche Fideuram S.p.A.)

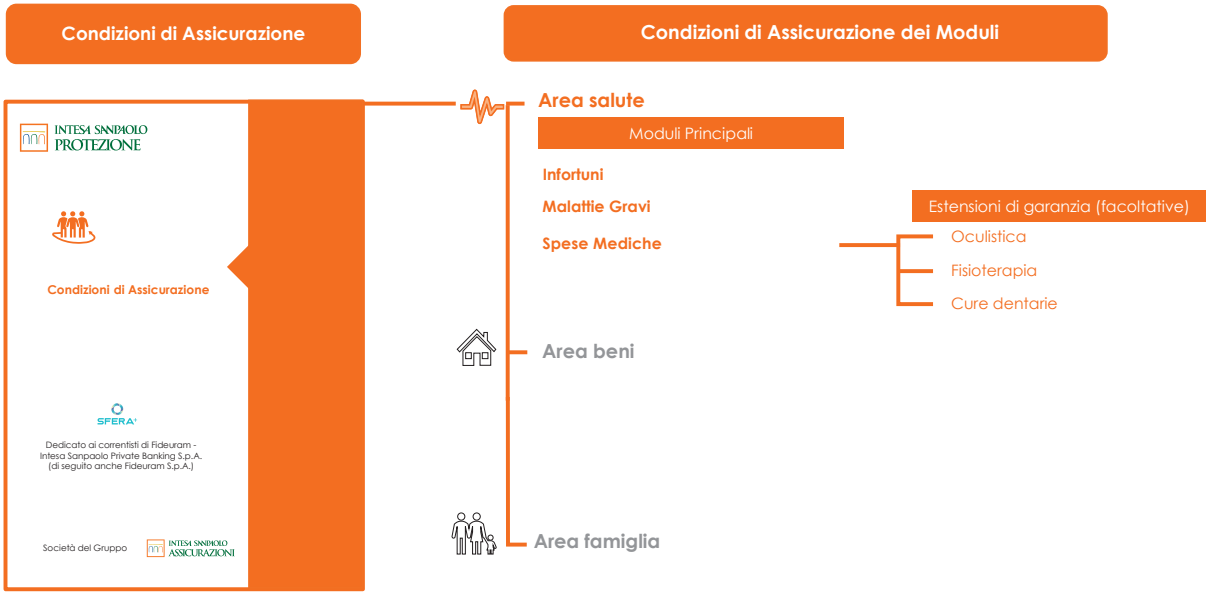
Mod. 186384-012 -07/2026

Società del Gruppo INTESA SANPAOLO ASSICURAZIONI

Modulo Spese Mediche

Caro Cliente,
il Modulo **Spese Mediche** integra le Condizioni di Assicurazione di SFERA+, la polizza assicurativa di Intesa Sanpaolo Protezione che permette di acquistare più coperture assicurative (Moduli) per la protezione della salute, dei beni e della famiglia sottoscrivendo un unico prodotto. Nel Modulo sono presenti:

- **SEZIONE I** (Artt. 1 – 10) – Norme relative alle coperture assicurative acquistate
- **SEZIONE II** (Artt. 11- 15) – Norme relative alla gestione dei sinistri
- **GLOSSARIO**



Per facilitare la consultazione e la lettura delle caratteristiche del Modulo Spese Mediche 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
- **elementi grafici di colore grigio, riconoscibili anche grazie all'icona,** identificano le clausole vessatorie che è necessario conoscere prima della sottoscrizione del contratto e che richiederanno una specifica approvazione in sede di acquisto della polizza
- **elementi grafici di colore arancione**, **riconoscibili anche grazie all'icona,** identificano le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie od oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato su cui è importante porre l'attenzione prima della sottoscrizione del contratto.

Il set informativo di SFERA+ è disponibile sul sito internet di Intesa Sanpaolo Protezione www.intesasanpaoloprotezione.com, è composto da:

- **Condizioni di Assicurazione di SFERA+**
- **Documento Informativo Precontrattuale (DIP)**
- **Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo)**
- **Condizioni di Assicurazione del Modulo Spese Mediche**

Grazie per l'interesse dimostrato

Indice

SEZIONE I

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE DEL MODULO

Art. 1 CHE COSA È ASSICURATO Pag. 2 di 80
Art. 1.1 Copertura Principale (garanzie sempre presenti) Pag. 2 di 80
1.1.1. Ricoveri e interventi Pag. 2 di 80
1.1.1.1. Ricovero, con o senza intervento in Istituto di cura Pag. 3 di 80
1.1.1.2. Degenza in regime di Day Hospital (DH)/Day Surgery (DS) o intervento chirurgico ambulatoriale (ICA) Pag. 3 di 80
1.1.1.3. Parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico Pag. 3 di 80
1.1.1.4. Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici congeniti neonatali Pag. 3 di 80
1.1.1.5. Rette di degenza dell'accompagnatore Pag. 4 di 80
1.1.1.6. Trasporto sanitario Pag. 4 di 80
1.1.1.7. Indennità sostitutiva in caso di ricovero dell'Assicurato in assenza di spese Pag. 4 di 80
1.1.1.8 Casi particolari Pag. 4 di 80
1.1.2. Chirurgia con finalità estetica Pag. 4 di 80
1.1.3. Visite, Prevenzione e Farmaci Pag. 5 di 80
1.1.3.1. Visite specialistiche Pag. 5 di 80
1.1.3.2. Assistenza infermieristica domiciliare Pag. 5 di 80
1.1.3.3. Pacchetti di prevenzione Pag. 5 di 80
1.1.3.4. Farmaci Pag. 7 di 80
1.1.4. Diagnostica e Analisi Pag. 7 di 80
Art. 1.2 Estensioni di garanzia opzionali Pag. 9 di 80
1.2.1. Fisioterapia Pag. 9 di 80
1.2.2. Oculistica Pag. 9 di 80
1.2.2.1. Visita specialistica oculistica di controllo Pag. 9 di 80
1.2.2.2. Visite oculistiche ed esami per malattie o infortuni Pag. 10 di 80
1.2.2.3. Acquisto di lenti e occhiali da vista o da sole graduati Pag. 10 di 80
1.2.2.4. Interventi di chirurgia refrattiva e interventi alla cataratta Pag. 10 di 80
1.2.3. Cure Dentarie Pag. 12 di 80
1.2.3.1. Cure conservative e diagnostica Pag. 12 di 80
1.2.3.2. Implantologia e protesica Pag. 12 di 80
1.2.3.3. Ortodonzia Pag. 12 di 80
1.2.3.4. Prevenzione odontoiatrica Pag. 12 di 80

Art. 2 CHE COSA NON È ASSICURATO Pag. 13 di 80
Art. 2.1 Persone non assicurabili Pag. 13 di 80
2.1.1. Persone non assicurabili della Copertura Principale Pag. 13 di 80
2.1.2. Persone non assicurabili per l'estensione di garanzia opzionale Fisioterapia Pag. 15 di 80
2.1.3. Persone non assicurabili per l'estensione di garanzia opzionale Oculistica Pag. 16 di 80
2.1.4. Persone non assicurabili per l'estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie Pag. 16 di 80
Art. 2.2 Esclusioni per tutte le garanzie Pag. 17 di 80
2.2.1. Esclusioni per tutte le garanzie previste sia dalla Copertura Principale che dalle estensioni di garanzia opzionali Pag. 17 di 80
2.2.2. Esclusioni per tutte le garanzie previste dalla Copertura Principale Pag. 18 di 80
2.2.3. Esclusioni per tutte le garanzie previste dalla garanzia opzionale Fisioterapia Pag. 19 di 80
2.2.4. Esclusioni per tutte le garanzie previste dalla garanzia opzionale Oculistica Pag. 19 di 80
2.2.5 Esclusioni per tutte le garanzie previste dalla garanzia opzionale Cure Dentarie Pag. 19 di 80

Art. 3 QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE Pag. 20 di 80
Art. 3.1 Limiti relativi alla Copertura Principale Pag. 20 di 80
Art. 3.2 Limiti relativi alla estensione di garanzia opzionale Fisioterapia Pag. 21 di 80
Art. 3.3 Limiti relativi alla estensione di garanzia opzionale Oculistica Pag. 21 di 80
Art. 3.4 Limiti relativi alla estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie Pag. 22 di 80
Art. 4 DOVE VALGONO LE COPERTURE Pag. 22 di 80
Art. 5 DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI Pag. 22 di 80
Art. 6 QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE Pag. 23 di 80
Art. 6.1 Carenze Pag. 23 di 80
6.1.1. Carenze previste per la Copertura Principale Pag. 23 di 80
6.1.2. Carenze previste per l'estensione di garanzia opzionale Fisioterapia Pag. 23 di 80
6.1.3. Carenze previste per l'estensione di garanzia opzionale Oculistica Pag. 23 di 80
6.1.4. Carenze previste per l'estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie Pag. 23 di 80
Art. 7 DETERMINAZIONE DEL PREMIO Pag. 23 di 80
Art. 8 MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO Pag. 24 di 80
Art. 9 VARIAZIONE DEI LIVELLI DI COPERTURA Pag. 24 di 80
Art. 10 OBBLIGHI E ONERI DELL'ASSICURATO Pag. 24 di 80

SEZIONE II

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 11 DENUNCIA DEL SINISTRO Pag. 25 di 80
Art. 11.1. Procedura per richiedere le prestazioni in regime di assistenza diretta o mista Pag. 25 di 80
11.1.1. Ricerca della struttura Pag. 26 di 80
11.1.2. Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa Pag. 26 di 80
11.1.3. Validità dell'autorizzazione Pag. 26 di 80
11.1.4. Modifiche o integrazioni alle prestazioni Pag. 26 di 80
11.1.5. Annullamento dell'autorizzazione Pag. 27 di 80
11.1.6. Accesso a una struttura convenzionata senza preventiva autorizzazione Pag. 27 di 80
11.1.7. Restituzione delle somme indebitamente pagate Pag. 27 di 80
Art. 11.2. Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale Pag. 27 di 80
11.2.1. Documenti da trasmettere per richiedere il rimborso delle prestazioni Pag. 27 di 80
11.2.2. Integrazione della documentazione ed informazioni relative a tutti i sinistri denunciati Pag. 30 di 80
Art. 11.3. Procedura di accesso alle prestazioni - Domanda di pagamento dell'indennizzo Pag. 30 di 80
Art. 11.4. Data dell'evento (per tutte le garanzie) Pag. 31 di 80
Art. 11.5 Lingua della documentazione Pag. 31 di 80
Art. 11.6. Accertamenti di Intesa Sanpaolo Protezione Pag. 31 di 80
Art. 11.7. Decesso dell'Assicurato Pag. 31 di 80
Art. 11.8. Prestazioni tra due annualità Pag. 32 di 80
Art. 11.9. Imposte e oneri amministrativi Pag. 32 di 80
Art. 12 TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI Pag. 32 di 80
Art. 13 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI Pag. 33 di 80
Art. 14 ASSICURAZIONI ANALOGHE CON INTESA SANPAOLO PROTEZIONE Pag. 33 di 80
Art. 15 SERVIZI NON ASSICURATIVI A DISPOSIZIONE DELL'ASSICURATO Pag. 33 di 80

GLOSSARIO Pag. 37 di 80
Allegato 1 - Tabelle riepilogative dei limiti del Modulo Spese Mediche Pag. 39 di 80
Allegato 2 - Tabelle dei coefficienti Pag. 41 di 80
Allegato 3 - Fac-simile dei Questionari Sanitari Pag. 63 di 80
Allegato 4 - Tabella indennizzi Cure Dentarie Pag. 69 di 80
Allegato 5 - Elenco documentazione da allegare ai sinistri per Cure Dentarie Pag. 78 di 80

Da sapere

Contraente	La persona che sottoscrive la polizza, paga il premio e che può anche non coincidere con l'Assicurato.
Assicurato	La persona residente in Italia e nel cui interesse è stato acquistato il Modulo di assicurazione.
Nucleo familiare	Ai fini del presente Modulo, sono considerati familiari del Cliente i seguenti soggetti purché residenti in Italia: • coniuge, anche se legalmente separato, e persona unita civilmente • convivente in coppia di fatto (intendendosi per "coppia di fatto" quella formata da 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 unione civile) • figli, anche adottivi, (anche solo di uno dei due coniugi o della persona unita civilmente o dell'altro convivente appartenente alla coppia di fatto) anche se non conviventi • minori in affido risultanti al momento dell'acquisto del Modulo • minori collocati presso il Contraente per effetto di un provvedimento di affido ai servizi sociali, emesso dal Tribunale ai sensi dell'art. 5 bis della Legge 4 maggio 1983 n. 184, risultanti al momento dell'acquisto del Modulo. È consentita l'inclusione di tali soggetti nel nucleo familiare anche se non risultano fiscalmente a carico.
Centrale Operativa	La Centrale Operativa è una struttura dedicata all'erogazione di informazioni relative alle coperture assicurative e al Network, nonché all'autorizzazione delle prestazioni in Assistenza Diretta, se previste. La Centrale Operativa è attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 20.00 ed il sabato dalle ore 8.30 alle ore 13.30. Si avvale del supporto di consulenti medici per una corretta classificazione della prestazione richiesta, in conformità con le garanzie previste dal contratto. È importante precisare che i consulenti medici della Centrale Operativa non intervengono nel merito della richiesta medica, ovvero non valutano l'appropriatezza del piano terapeutico prescritto dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista ai fini della cura della patologia dell'Assicurato. Il loro ruolo si limita a verificare che l'evento rientri tra quelli effettivamente coperti dalla polizza.
Istituto di Cura	Istituto universitario, ospedale, casa di cura (pubblica o privata), 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.
Network	La rete convenzionata costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri.

	Modalità di erogazione delle Prestazioni	**ASSISTENZA DIRETTA:** modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale Intesa Sanpaolo Protezione paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate dalla Centrale Operativa, direttamente alla struttura sanitaria del Network (regime previsto solo per le garanzie indicate nella Copertura Principale). **REGIME INDENNITARIO:** modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale Intesa Sanpaolo Protezione riconosce un indennizzo per le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dall'Assicurato, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Modulo (opzione prevista solo per l'Estensione di garanzia Opzionale Cure Dentarie). **REGIME RIMBORSUALE:** modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale Intesa Sanpaolo Protezione riconosce un rimborso per le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dall'Assicurato (anche se rientrano nel Network), alle condizioni e nei limiti stabiliti. Tale regime è previsto per tutte le garanzie della Copertura Principale (fatta eccezione per le prestazioni di prevenzione), nonché per le garanzie fornite nell'ambito delle estensioni opzionali Fisioterapia e Oculistica. **REGIME MISTO:** modalità di erogazione delle prestazioni in base alla quale Intesa Sanpaolo Protezione paga le prestazioni sanitarie in copertura, autorizzate dalla Centrale Operativa, direttamente alla struttura sanitaria del Network e rimborsa le prestazioni erogate da medici non convenzionati (es. equipe chirurgica), alle condizioni e nei limiti stabiliti nella Copertura Principale. Tale regime è previsto unicamente per ricoveri con o senza intervento, day surgery/day hospital e interventi chirurgici ambulatoriali.
	Questionario Sanitario	Questionario Sanitario: è il documento che deve essere compilato in fase assuntiva, in cui sono riportate le dichiarazioni dell'Assicurato sulla sua storia clinica e sul suo stato di salute. Il Questionario Sanitario è sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la rappresentanza e costituisce parte integrante della Polizza.

sezione I

NORME RELATIVE ALLE COPERTURE DEL MODULO

Con il Modulo Spese Mediche il Cliente acquista per sé o per una o più persone del proprio Nucleo Familiare le garanzie di seguito indicate:

1.1. Copertura Principale (garanzie sempre presenti)

- 1.1.1. Ricoveri e interventi
- 1.1.2. Chirurgia con finalità estetica
- 1.1.3. Visite specialistiche, Prevenzione e Farmaci
- 1.1.4. Diagnostica e Analisi

1.2. Estensioni di garanzia opzionali

- 1.2.1. Fisioterapia
- 1.2.2. Oculistica
- 1.2.3. Cure Dentarie

Il Cliente può scegliere tra tre livelli di copertura, alternativi tra loro, che prevedono diversi livelli di massimale: **SILVER**, **GOLD**, **DIAMOND**. Ogni livello di copertura prevede valori massimi di rimborso (sub-massimali) o indennizzi, in base alla tipologia di prestazioni sanitarie.

D'ora in poi, con la locuzione Cliente o Assicurato si intenderà:
• Cliente è il Contraente quando coincide con Assicurato
• Assicurato è la persona diversa dal Contraente, nel cui interesse è stato acquistato il Modulo.

Per acquistare il Modulo deve essere compilato un Questionario Sanitario, necessario per verificare che l'Assicurato abbia le condizioni di assicurabilità.

Intesa Sanpaolo Protezione, per il tramite di InSalute Servizi (Società del Gruppo Intesa Sanpaolo dedicata alla gestione delle prestazioni sanitarie per Intesa Sanpaolo Protezione - Via San Francesco d'Assisi 10, 10122 Torino) fornisce all'Assicurato le prestazioni previste nel Modulo.

L'acquisto del Modulo può avvenire nello stesso momento in cui viene acquistato il prodotto SFERA+ o in un momento successivo. D'ora in poi quando si farà riferimento alla Polizza si intenderà il documento sottoscritto dal Cliente all'atto dell'acquisto del prodotto e quando si farà riferimento all'Appendice contrattuale si intenderà il documento sottoscritto dal Cliente quando l'acquisto del Modulo è avvenuto in un momento successivo all'acquisto del prodotto assicurativo SFERA+.

Gli Assicurati devono essere indicati dal Cliente nella Polizza o nell'Appendice contrattuale.

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

Il Cliente e il proprio nucleo familiare possono avere livelli di copertura differenti.

Il Cliente può richiedere la variazione del contratto, per sè stesso o per altro Assicurato (in continuità di copertura), nei seguenti casi:

A. Aumento del livello della copertura: ad esempio passando da livello di copertura GOLD al livello di copertura DIAMOND.

B. Riduzione del livello della copertura: ad esempio passando da livello di copertura DIAMOND a livello di copertura GOLD.

La variazione deve essere concordata con Intesa Sanpaolo Protezione in base ai livelli di copertura previsti al momento della richiesta.

In caso di variazione del contratto (in continuità di copertura) per aumento del livello di copertura (esempio passaggio da livello GOLD a livello DIAMOND) troveranno nuovamente applicazione i periodi di carenza previsti, sia per le nuove garanzie acquistate che per le maggiori somme assicurate o per minori scoperti e franchigie.

La scelta del livello di copertura deve essere la medesima per tutte le prestazioni oggetto del presente Modulo.

articolo 1. CHE COSA È ASSICURATO

1.1 Copertura Principale (garanzie sempre presenti)

Il Modulo prevede le seguenti garanzie sempre presenti (Copertura Principale):

1.1.1. Ricoveri e Interventi

Prevede il pagamento diretto o il rimborso delle spese rese necessarie da infortunio o malattia, per:

- ricovero, con o senza intervento chirurgico
- Day Hospital, Day Surgery o intervento chirurgico ambulatoriale
- parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico
- interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici congeniti neonatali
- rette di degenza dell'accompagnatore
- trasporto sanitario
- protesi non chirurgiche ed ausili conseguenti a ricovero

Viene inoltre previsto il pagamento di un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero in assenza di spese documentate

1.1.1.1. Ricovero, con o senza intervento in Istituto di cura

Prima del ricovero

Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa le spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati prima del ricovero o dell'intervento chirurgico purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa:

a) gli onorari del chirurgo, dell'aiuto chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipi all'intervento
b) i diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
c) le rette di degenza, escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente
d) le spese per l'assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, trattamenti fisioterapici e riabilitativi
e) le protesi non chirurgiche e gli ausili

Dopo il ricovero

Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa le spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali effettuati dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, le protesi non

da sapere: si intendono ad esempio le spese per l'uso del telefono o della televisione

da sapere: le protesi non chirurgiche sono finalizzate a sostituire parti del corpo perse o non più funzionali (es. protesi di un arto). I Presidi sono dispositivi medici e apparecchiature sanitarie finalizzate a curare, riabilitare o a migliorare la qualità della vita a seguito di una patologia o disabilità (es. cateteri, sacche, cinture di contenimento)

chirurgiche e gli ausili, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Trapianti
In caso di trapianto, Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa solo le spese necessarie a ricevere l'organo trapiantato.

1.1.1.2. Degenza in regime di Day Hospital (DH)/Day Surgery (DS) o intervento chirurgico ambulatoriale (ICA)

Durante la degenza
Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa le spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, assistenza medica, rette di degenza, cure e medicinali.

Prima e dopo la degenza (solo in caso di Day Surgery o intervento ambulatoriale)
Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa le spese per gli accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati prima e dopo la degenza, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessaria la stessa.

1.1.1.3. Parto naturale, parto cesareo e aborto terapeutico

Prima del ricovero
Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa le spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati prima del ricovero o dell'intervento chirurgico purché pertinenti al parto naturale o cesareo o all'aborto terapeutico.

Durante il ricovero
Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa:
a) gli onorari del chirurgo, dell'aiuto chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipi all'intervento
b) i diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
c) le rette di degenza, escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente
d) le spese per l'assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Dopo il ricovero
Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa le spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali effettuati dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

In caso di parto cesareo Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa anche le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocele, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) entro il sub-massimale specifico per il parto cesareo.

1.1.1.4. Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici congeniti neonatali

Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa le spese per interventi effettuati sul figlio neonato entro il numero di mesi dalla nascita, diversificati in base al livello di copertura scelto:
- SILVER: 6 MESI
- GOLD: 12 MESI
- DIAMOND: 18 MESI

La garanzia opera in favore del figlio neonato dell'Assicurato, anche se non è inserito in copertura.

1.1.1.5 Rette di degenza dell'accompagnatore

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese sostenute e documentate (fatture, parcelle, ricevute) per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera (se non c'è disponibilità nell'Istituto) di un accompagnatore dell'Assicurato.

1.1.1.6 Trasporto sanitario

Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa le spese per il trasporto sanitario dell'Assicurato in un Istituto di cura (andata e ritorno dal domicilio dell'Assicurato) e da un Istituto di cura a un altro, con mezzi attrezzati, sia in Italia che all'estero.
La scelta del mezzo per il trasporto spetta ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente, sia in Europa che fuori dall'Europa.

1.1.1.7 Indennità sostitutiva in caso di ricovero dell'Assicurato in assenza di spese

Se l'Assicurato non sostiene spese durante il ricovero, per le necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, per favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, Intesa Sanpaolo Protezione paga un'indennità variabile in funzione del livello di copertura scelto dal Cliente (d'ora in poi indennità sostitutiva).

Il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno. In caso di Day Hospital o di Day Surgery l'importo è ridotto al 50% o al 75% in base al livello di copertura scelto.

L'indennità sostitutiva non viene pagata per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero con pernottamento nella stessa struttura sanitaria.

Si precisa inoltre che l'indennità sostitutiva non è prevista in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, in quanto quest'ultimo non si configura quale ricovero.

All'Assicurato sono comunque pagate o rimborsate le spese per le prestazioni, se effettuate, prima e dopo il ricovero di cui all'art. 1.1.1.1, e prima e dopo il ricovero di cui all'art. 1.1.1.2 e all'art. 1.1.1.3.

1.1.1.8 Casi particolari

Tutti gli interventi chirurgici di cui all'Art. 1.1.1 includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare, gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso sono compresi nel massimale previsto dal Modulo.

da sapere: un "intervento demolitivo" è un'operazione chirurgica che comporta l'asportazione di una parte del corpo o di un organo, spesso per rimuovere una malattia come un tumore (ad es. la mastectomia). Un intervento chirurgico ricostruttivo è un intervento specialistico che mira a ripristinare la forma e la funzione di parti del corpo danneggiate, deformate o mancanti a causa ad esempio di traumi o tumori

Sono inoltre inclusi gli interventi chirurgici ricostruttivi effettuati a seguito di intervento chirurgico demolitivo, mentre sono da intendersi esclusi gli interventi chirurgici di simmetrizzazione, rientranti invece all'articolo 1.1.2. Chirurgia con finalità estetica.

da sapere: gli interventi chirurgici di simmetrizzazione sono procedure chirurgiche volte a correggere asimmetrie di volume, forma o posizione tra due parti del corpo, ad esempio a seguito di intervento demolitivo e ricostruttivo mammario

Se l'Assicurato ha sostenuto spese per visite o accertamenti presso una struttura convenzionata senza attivare l'Assistenza diretta, potrà chiederne il rimborso come pre-ricovero alle condizioni dell'Assistenza diretta entro i limiti delle tariffe in convenzione, solo se è venuto a conoscenza della necessità del Ricovero a seguito di tali prestazioni e purché siano state eseguite entro il limite di giorni previsti come pre-ricovero.

1.1.2. Chirurgia con finalità estetica

Viene previsto il pagamento diretto o il rimborso delle spese in caso dei seguenti interventi di piccola chirurgia con finalità estetica:

- teleangectasie
- asportazione xantelasma
- adiposità localizzate
- blefaroplastica (2 o 4 palpebre)
- capezzolo introflesso
- correzione chirurgica cicatrice >5 cm
- cicatrici da acne
- correzione chirurgica cicatrice <5 cm
- dermoabrasione

da sapere: teleangectasie sono ingrossamenti dei vasi sanguigni spesso innocui ma antiestetici e associati a diversi tipi di disturbi. In particolare, le teleangectasie rosse sono quelle che interessano i capillari, mentre quelle blu riguardano le vene

da sapere: xantelasma è un accumulo di grassi, in particolare di colesterolo, localizzato sulle palpebre. Si presenta come una placca molle e giallastra di forma e dimensione variabile che sporge sulla palpebra

- innesto dermoepidermico
- ricostruzione lobi auricolari
- otoplastica «orecchie a sventola»
- revisione di cicatrice
- interventi chirurgici di simmetrizzazione resi necessari a seguito di interventi chirurgici demolitivi e ricostruttivi rientranti nel precedente articolo 1.1.1.

Prima dell'intervento
Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa le spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati prima dell'intervento chirurgico, purché pertinenti all'intervento di chirurgia con finalità estetica.

Durante l'intervento
Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa:
- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipi all'intervento
- i diritti di sala operatoria, materiale di intervento
- le rette di degenza, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- l'assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami.

Dopo l'intervento
Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa le spese per gli accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, effettuati dopo l'intervento chirurgico, purché pertinenti all'intervento di chirurgia con finalità estetica.

1.1.3. Visite, Prevenzione E Farmaci

È previsto il pagamento diretto o il rimborso delle spese, rese necessarie da infortunio o malattia, per le seguenti prestazioni:

1.1.3.1 Visite specialistiche

Visite specialistiche prescritte a seguito di malattia o infortunio, inclusa una prima visita psichiatrica (una sola volta fino a quando la copertura resta attiva) e una visita pediatrica (una per annualità di polizza). Nel caso di visita cardiologica, è previsto il rimborso anche dell'eventuale ECG semplice effettuato nel corso della visita stessa. Si precisa, con riferimento alle visite oculistiche, che i difetti visivi come, ad esempio, la miopia non sono considerati malattia e pertanto le visite aventi ad oggetto i difetti visivi non sono in copertura.

Facciamo chiarezza su visita specialistica
È una prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione. Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista e Psicologo).

1.1.3.2. Assistenza infermieristica domiciliare

Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa le prestazioni di assistenza infermieristica domiciliari in caso di malattia o infortunio.

1.1.3.3. Pacchetti di prevenzione

Intesa Sanpaolo Protezione paga uno o più dei seguenti pacchetti di prevenzione che possono essere effettuati solo in Assistenza diretta. Il numero dei pacchetti usufruibili all'anno varia a seconda del livello di copertura scelto. Si riportano di seguito le prestazioni previste per ogni singolo pacchetto di prevenzione:

Prevenzione cardiovascolare
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)

- Aspartato aminotransferasi
- Colesterolo totale e HDL
- Creatininemia
- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Trigliceridi
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Misurazione della pressione arteriosa

Prevenzione oncologica
Per donne che hanno compiuto 30 anni:
- PAP-Test
- Ecografia mammaria

Per donne che hanno compiuto 40 anni
- PAP TEST
- Ecografia mammaria
- Mammografia (con prescrizione medica rilasciata dal proprio medico di base o ricevuta da SSN, almeno 6 mesi dopo l'ultima mammografia)

Per uomini che hanno compiuto 45 anni:
- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

sindrome metabolica: detta anche sindrome da insulino resistenza è una combinazione pericolosa di alcuni fattori di rischio cardiovascolare che possono dare origine ad una situazione che pone ad alto rischio di infarto

Prevenzione della sindrome metabolica
È prevista la compilazione di un questionario per la rilevazione della sindrome metabolica.
Il questionario deve essere richiesto per mail a sinistrifideuram@intesasanpaoloprotezione.com.
Una volta compilato va restituito all'indirizzo mail indicato nel questionario stesso.
L'Assicurato riceve successivamente un riscontro in base alle evidenze emerse.
Nel caso in cui:
- non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, non vengono forniti consigli né indicazioni per accertamenti successivi
- l'Assicurato risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", vengono fornite alcune indicazioni per assumere comportamenti e stili di vita più corretti (ad esempio attività fisica, alimentazione, ecc.)
- si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", vengono fornite alcune indicazioni per assumere comportamenti e stili di vita più corretti (ad esempio attività fisica, alimentazione ecc.) e si invita l'Assicurato a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con la prescrizione di accertamenti idonei al trattamento del caso. In questo caso è possibile richiedere tramite la Centrale operativa, attivando la procedura in Assistenza diretta, le analisi per: colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi.

da sapere: la condizione è che il/la figlio/a sia stato indicato in polizza tra i soggetti assicurati

da sapere: la visita deve essere effettuata nei 12 mesi successivi al compimento del 4° o 6° anno

Prevenzione pediatrica
- Visita specialistica pediatrica di controllo alle seguenti condizioni:
- 1 visita tra i 6 e i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni.

Prevenzione delle vie respiratorie
- Visita pneumologica
- Spirometria

Prevenzione dermatologica
- Visita dermatologica con mappatura nevi

Prevenzione otorinolaringoiatrica
- Visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

1.1.3.4 Farmaci

da sapere: un farmaco generico è ad esempio acido clavulinico+amoxicillina mentre un farmaco di marca/di riferimento/sotto licenza è ad esempio l'Augmentin

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese per l'acquisto di farmaci prescritti dal medico curante o dallo specialista, per malattia o infortunio, dietro presentazione della ricetta medica e della fattura (o scontrino nominativo parlante) con la specifica dei prodotti acquistati. I farmaci possono essere generici/equivalenti o di marca.
Sono esclusi i farmaci da banco che non prevedono l'obbligo della prescrizione.

Facciamo chiarezza sulla tipologia di farmaci
Farmaci generici/equivalenti: contengono la stessa quantità di principio attivo e presentano la stessa biodisponibilità di un altro di marca con brevetto scaduto. Devono avere lo stesso principio attivo, la stessa forma farmaceutica e via di somministrazione, lo stesso dosaggio unitario del farmaco di riferimento, essere bioequivalenti al farmaco di riferimento e avere un costo inferiore di almeno il 20%.
Farmaci di marca/di riferimento/sotto licenza: farmaco non generico con brevetto scaduto o meno
Farmaci da banco: farmaco da automedicazione venduto direttamente in farmacia senza obbligo di prescrizione medica

1.1.4 Diagnostica e Analisi

Intesa Sanpaolo Protezione paga o rimborsa le spese rese necessarie da infortunio o malattia, per:
- Prestazioni diagnostiche
- Analisi di laboratorio
- Cure, trattamenti e terapie per patologie oncologiche
- Dialisi

Sono comprese nella garanzia anche le endoscopie che abbiano finalità di accertamento diagnostico. Sono inoltre comprese nella garanzia le biopsie effettuate durante la gastroscopia, colonscopia, le biopsie cutanee ambulatoriali, le ago-biopsie tiroidee e la biopsia prostatica.
Ulteriori biopsie diverse da quelle espressamente indicate o endoscopie a cui segua un intervento chirurgico rientrano, invece, nella garanzia Ricoveri e Interventi.

Facciamo alcuni esempi
Nella Garanzia Diagnostica e Analisi rientrano: l'esofagogastroduodenoscopia finalizzata a valutare una gastrite o un reflusso gastroesofageo, o l'esame retto colonscopico per valutare un sanguinamento occulto.
Nella Garanzia Diagnostica e Analisi non rientra un'esofagogastroduodenoscopia con cui si posiziona uno stent esofageo o un'endoscopia durante la quale venga asportato un polipo (tali prestazioni sono invece ricomprese nella Garanzia Ricoveri e Interventi).

Si precisa inoltre che, se le prestazioni di diagnostica e analisi sono collegate a uno dei ricoveri previsti dalla Garanzia Ricoveri e Interventi, rientrano nella Garanzia Diagnostica e Analisi solo le prestazioni erogate prima o dopo i giorni di pre-ricovero o post ricovero previsti dalla Garanzia Ricoveri e Interventi.

Facciamo un esempio
La Garanzia Ricoveri e Interventi prevede la copertura delle spese pre/post ricovero livello Silver nei 60 giorni prima e dopo il ricovero. In tal caso la Garanzia Diagnostica ed Analisi copre le spese relative alle prestazioni effettuate antecedentemente e successivamente ai 60 giorni di pre e post ricovero, entro i massimali previsti dal livello di copertura Silver.

Riepilogo somme assicurate della Copertura Principale

RICOVERI E INTERVENTI			
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico	**SILVER**	**GOLD**	**DIAMOND**
Massimale	€ 500.000	€ 750.000	€ 2.000.000
S.S.N. (indennità sostitutiva ricovero)	€ 150 max. 270 gg. DH/DS: indennità al 50%	€ 200 max. 300 gg. DH/DS: indennità al 50%	€ 350 max. 365 gg. DH/DS: indennità al 75%
Pre/Post (giorni)	60/60	120/120	180/180
Limite fisioterapiche post ricovero	€ 750	€ 1.000	€ 3.000
Limite Cure Oncologiche pre/post ricovero	€ 1.500	€ 5.000	€ 9.000
Parto fisiologico	€ 2.000	€ 3.000	€ 6.000
Parto cesareo o aborto terapeutico	€ 4.000	€ 6.000	€ 12.000
Interventi neonatali (malformazioni congenite)	€ 10.000	€ 20.000	€ 60.000
Limite retta di degenza in forma rimborsuale	€ 250 al giorno	€ 300 al giorno	€ 350 al giorno
Limite apparecchi protesici (chirurgici)/ endoprotesici/ terapeutici	€ 500	€ 3.000	€ 7.000
Protesi e ausili non chirurgici in forma rimborsuale entro i giorni di post ricovero	€ 2.000	€ 4.000	€ 6.000
Accompagnatore	€ 75 max. 50 gg.	€ 100 max. 50 gg.	€ 200 max. 90 gg.
Chirurgia con finalità estetica	€ 1.000	€ 1.500	€ 4.000
Pre/Post (giorni)	30/30	30/30	50/50
Trasporto Sanitario	€ 2.500	€ 5.000	€ 10.000
VISITE SPECIALISTICHE, PREVENZIONE E FARMACI			
	SILVER	**GOLD**	**DIAMOND**
Visite specialistiche	€ 1.500	€ 2.500	€ 5.000
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 25 max. 15 gg	€ 35 max. 15 gg	€ 100 max. 30 gg
Prevenzione	2 pacchetti a scelta	3 pacchetti a scelta	5 pacchetti a scelta
Farmaci prescritti esclusi quelli da banco senza obbligo di prescrizione	€ 250	€ 350	€ 700
DIAGNOSTICA E ANALISI			
	SILVER	**GOLD**	**DIAMOND**
Diagnostica e terapie oncologiche/dialisi	€ 4.000	€ 6.000	€ 15.000
Analisi di laboratorio	€ 750	€ 1.500	€ 5.000

Si precisa che:
- gli scoperti e le franchigie previsti per ciascuna garanzia sono indicati all'art. 3 "Quali sono i limiti alle coperture"
- alle prestazioni con sub-massimali si applicano i medesimi scoperti e franchigie previsti all'art. 3 "Quali sono i limiti alle coperture".

Per ogni ulteriore dettaglio si rinvia all'Allegato 1 - Tabella riepilogativa dei limiti del Modulo Spese Mediche.

1.2. Estensioni di garanzia opzionali

Il Modulo prevede inoltre anche le estensioni di garanzia opzionali di seguito indicate, acquistabili:
- solo se è stata acquistata la Copertura Principale
- solo con il medesimo livello di copertura prescelto per la Copertura Principale

Per le estensioni di garanzia opzionali non è prevista la possibilità di effettuare le prestazioni in forma diretta presso le strutture convenzionate del Network.

1.2.1. Fisioterapia

L'estensione di garanzia opzionale Fisioterapia prevede, in caso di malattia o infortunio, il rimborso di trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi a seguito di:
- infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso o, in mancanza, certificato emesso da una struttura sanitaria pubblica o privata, da medico di medicina generale o da medico specialista differente dal medico che eseguirà la prestazione
- gravi eventi morbosi e gravi patologie neurologiche (quali ad esempio ictus, malattie del motoneurone, extra piramidali e malattie degenerative)

da sapere: ad esempio sciatalgia

- malattie osteo-articolari cronico-degenerative (quali ad esempio artrosi, periartrite, tendinite, disturbi dovuti ad ernie discali).

Le prestazioni di fisioterapia possono essere effettuate solo in regime rimborsuale.

Si precisa che:
- i trattamenti relativi a gravi eventi morbosi, gravi patologie neurodegenerative e malattie osteo-articolari cronico-degenerative devono essere prescritti da un medico con specializzazione inerente alla patologia denunciata

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

- Non rientrano nella definizione di trattamenti fisioterapici e quindi sono esclusi dalla copertura assicurativa le prestazioni per problematiche estetiche o eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- I trattamenti devono essere effettuati presso un Centro Medico o comunque da un fisioterapista iscritto nell'apposito Albo.

In caso di fisioterapia post ricovero, i giorni per effettuare i trattamenti indennizzabili ai sensi della presente estensione di garanzia vanno contati dalla prima prestazione fisioterapica eseguita successivamente a:
- il giorno in cui termina il periodo di copertura per i trattamenti fisioterapici eseguibili dopo il ricovero e previsti dalla garanzia Ricoveri e Interventi della Copertura Principale;

oppure
- l'esaurimento del massimale dedicato alle prestazioni fisioterapiche post ricovero/ intervento previsto dalla garanzia Ricoveri e Interventi della Copertura Principale.

Riepilogo somme assicurate dell'estensione di garanzia opzionale Fisioterapia

FISIOTERAPIA			
	SILVER	GOLD	DIAMOND
Fisioterapia	€ 1.000	€ 2.000	€ 5.000
Prima seduta	Entro 60 gg dalla prima seduta	Entro 90 gg dalla prima seduta	Entro 180 gg dalla prima seduta
Limite per seduta	€ 35	€ 45	€ 100

1.2.2. Oculistica

L'estensione di garanzia opzionale Oculistica prevede, in caso di malattia o infortunio o difetto visivo, il rimborso delle spese sostenute per:

1.2.2.1. Visita specialistica oculistica di controllo

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese per l'effettuazione di una visita specialistica oculistica di controllo per ciascuna annualità di polizza, nel limite del massimale previsto. Non è richiesta la prescrizione medica.

La visita specialistica oculistica di controllo può comprendere:
- valutazione anamnestica: raccolta di informazioni riguardanti le condizioni di salute generale e oculare del paziente, oltre alla sua storia clinica e alla familiarità per eventuali patologie
- esame del segmento anteriore e annessi oculari, attraverso lampada a fessura, per lo studio delle componenti anatomiche del segmento anteriore (cornea, iride e cristallino)
- studio del fondo oculare: studio del segmento posteriore dell'occhio (corpo vitreo, macula, retina e papilla ottica), attraverso lampada a fessura
- misurazione del tono oculare: misurazione della pressione intraoculare
- misurazione del *visus*: valutazione della presenza di eventuali difetti refrattivi che alterino la visione da lontano o da vicino.

1.2.2.2 Visite oculistiche ed esami per malattie o infortuni

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese sostenute per visite oculistiche ed esami a seguito di malattia o infortunio, nel limite del massimale previsto. Si precisa che i difetti visivi come, ad esempio, la miopia, non sono considerati malattia e pertanto le relative visite o esami non sono in copertura. Si precisa inoltre che la cataratta è considerata una patologia e pertanto le visite oculistiche ed esami finalizzati alla diagnosi di cataratta sono inclusi nella presente garanzia.

1.2.2.3. Acquisto di lenti e occhiali da vista o da sole graduati

In caso di cambio di *visus* durante il periodo di copertura, Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa, con l'applicazione dei limiti previsti dal livello di copertura prescelto, le spese sostenute per l'acquisto di:
- lenti e montatura per occhiali da vista (una volta all'anno)
- lenti a contatto (sia il primo che i successivi) effettuati nel corso dell'anno,
- lenti e montatura per occhiali da sole graduati (una volta all'anno) previsto solo nel livello di copertura DIAMOND

visus: è il grado di capacità funzionale posseduto dall'apparato visivo ossia l'attitudine a percepire come distinte due immagini puntiformi (detto anche acuità visiva). Si tratta di una misurazione quantitativa della funzione dell'apparato visivo e viene espressa comunemente in decimi

In assenza di certificazione di variazione del visus emessa durante l'annualità di copertura assicurativa, le prestazioni sono riconosciute al 50% della spesa sostenuta, con applicazione delle franchigie previste dal livello di copertura prescelto. Le spese per lenti e montature di occhiali da sole graduate, laddove previste, vengono invece indennizzate sempre al 50% e pertanto non è necessario inviare la certificazione di variazione del *visus*.

Sono compresi in copertura:
- Lenti oftalmiche
- Lenti a contatto
- Occhiale completo (montatura e lenti)

Non sono coperte le lenti oftalmiche o a contatto che non hanno finalità correttive dei vizi refrattivi, indipendentemente dalla tipologia.

Inoltre, per il primo acquisto di lenti a contatto è possibile acquistare due confezioni.

Non è riconosciuto l'indennizzo delle lenti a contatto nel caso in cui l'acquisto della successiva confezione avvenga prima che sia trascorso il tempo di durata della precedente confezione, salvo nei casi in cui le precedenti lenti siano andate smarrite o si siano lesionate ante tempo rispetto alla loro durata ordinaria, esclusivamente una volta per anno assicurativo e sulla base di una autodichiarazione dell'Assicurato.

Facciamo un esempio
Se l'Assicurato, a fronte di un certificato medico che attesti la modifica del visus, acquista una confezione di 30 lenti giornaliere in data 1° giugno 2026 potrà acquistare l'ulteriore confezione a partire dal 1° luglio 2026 utilizzando il medesimo certificato medico e così via, entro il limite del massimale dell'annualità di polizza.

1.2.2.4. Interventi di chirurgia refrattiva e interventi alla cataratta

da sapere: chirurgia refrattiva è un tipo di chirurgia per correggere, intervenendo sulla cornea o sul cristallino, i vizi refrattivi dovuti ad un difetto di focalizzazione delle immagini sulla retina

Intesa Sanpaolo Protezione rimborsa le spese sostenute per gli interventi di chirurgia refrattiva al verificarsi di tutte le seguenti condizioni:

- siano effettuati da Assicurati con età compresa tra i 25 e i 50 anni
- siano prescritti a fronte di:

- anisometropia maggiore di 2,5 diottrie di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametrope con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede preoperatoria, la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale
- astigmatismo uguale o maggiore di 2,5 diottrie
- ametropie conseguenti a precedenti interventi di oftalmochirurgia non refrattiva, limitatamente all'occhio operato, al fine di bilanciare i due occhi
- Phototherapeutic Keratectomy (PTK) per opacità corneali, tumori della cornea, cicatrici, astigmatismi irregolari, distrofie corneali, esiti infausti di chirurgia refrattiva
- esiti di traumi o malformazioni anatomiche tali da impedire l'applicazione di occhiali, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale.

ametropie: anomalie della rifrazione dell'occhio che influenzano la visione ad ogni distanza di osservazione. Solitamente le ametropie influenzano o riducono la capacità visiva

Gli interventi alla cataratta sono coperti per Assicurati che abbiano compiuto 41 anni.

Si precisa che la garanzia riconosce gli interventi agli occhi, nei limiti previsti dalla garanzia stessa. Gli interventi ad entrambi gli occhi possono essere effettuati sia contestualmente che disgiuntamente.

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale è previsto il pagamento di un'indennità sostitutiva di importo variabile in base al livello di copertura prescelto.

Riepilogo somme assicurate dell'estensione di garanzia opzionale Oculistica

OCULISTICA			
	SILVER	**GOLD**	**DIAMOND**
Visita specialistica oculistica di controllo	€ 50 1 volta all'anno	€ 100 1 volta all'anno	€ 100 1 volta all'anno
Visite oculistiche ed esami per malattie ed infortuni	€ 100	€ 200	€ 300
Acquisto di lenti e occhiali da vista o da sole graduati	€ 250 Un paio all'anno L'importo speso è dimezzato in caso di assenza di modifica del visus	€ 500 Un paio all'anno L'importo speso è dimezzato in caso di assenza di modifica del visus	€ 1.000 Un paio all'anno L'importo speso è dimezzato in caso di assenza di modifica del visus e nel caso di occhiali da sole graduati
Interventi di chirurgia refrattiva e interventi alla cataratta	€ 350 per ogni occhio	€ 750 per ogni occhio	€ 1.000 per ogni occhio
Interventi di chirurgia refrattiva e interventi alla cataratta Indennità sostitutiva SSN	€ 75	€ 100	€ 200

Con riferimento esclusivo al primo anno di copertura e per le prestazioni che prevedono un periodo di carenza come disciplinato all'art. 6.1.3 è prevista una differente percentuale di corresponsione dell'importo in base al momento in cui la prestazione viene effettuata, e precisamente:
- dal 91° al 180° giorno successivo alla decorrenza dell'estensione opzionale: corresponsione del 50% dell'importo previsto dal livello di copertura scelto
- dal 181° giorno successivo alla decorrenza dell'estensione opzionale: corresponsione del 100% dell'importo previsto dal livello di copertura scelto.

A seguito di rinnovo con continuità di copertura, tali limitazioni non si applicano.

1.2.3. Cure Dentarie

Intesa Sanpaolo Protezione riconosce un indennizzo per le spese mediche odontoiatriche, solo in forma indennitaria, nei limiti di quanto indicato nell'Allegato 4 – Tabella indennizzi Cure Dentarie. Si precisa che l'importo dell'indennizzo riconosciuto non potrà in ogni caso superare l'importo della spesa effettivamente sostenuta.

Per ogni ulteriore dettaglio relativo alle specifiche prestazioni riconosciute, al numero massimo di prestazioni annue comprese in copertura ed agli importi massimi per prestazione si rinvia all'Allegato 4 – Tabella indennizzi Cure dentarie.

Si riportano a seguire le specifiche garanzie previste.

1.2.3.1. Cure conservative e diagnostica

Intesa Sanpaolo Protezione riconosce un indennizzo, nei limiti di quanto indicato nell'Allegato 4 – Tabella indennizzi Cure Dentarie (importo massimo per prestazione e numero massimo di prestazioni annue) e delle condizioni di liquidazione variabili a seconda del livello di copertura prescelto, per le spese sostenute per le seguenti prestazioni:
- prestazioni odontoiatriche conservative
- chirurgia orale
- prestazioni di parodontologia
- diagnostica strumentale
- Altre prestazioni (Riparazione protesi, Visita d'emergenza anche da remoto).

1.2.3.2. Implantologia e protesica

Intesa Sanpaolo Protezione riconosce un indennizzo, nei limiti di quanto indicato nell'Allegato 4 – Tabella indennizzi Cure Dentarie (importo massimo per prestazione e numero massimo di prestazioni annue) e delle condizioni di liquidazione variabili a seconda del livello di copertura prescelto, per le spese sostenute per le seguenti prestazioni di implantologia e protesica.

Non sono ricomprese in copertura le protesi applicate per risolvere problemi estetici quali ad esempio discromie dentali e diastemi non funzionali.

ortodonzia: branca dell'odontoiatria che si occupa della diagnosi, della prevenzione e della cura delle malocclusioni, presenti qualora vi sia una cattiva relazione di combaciamento fra l'arcata dentaria superiore (mascellare) e quella inferiore (mandibolare)

1.2.3.3. Ortodonzia

Intesa Sanpaolo Protezione riconosce un indennizzo, nei limiti di quanto indicato nell'Allegato 4 – Tabella indennizzi Cure Dentarie (importo massimo per prestazione e numero massimo di prestazioni annue) e delle condizioni di liquidazione variabili a seconda del livello di copertura prescelto, per le spese sostenute per trattamenti ortodontici.

bite automodellante per bruxismo: protesi che si automodella sulla struttura dentaria del soggetto e che, applicata in genere nelle ore notturne, impedisce i danni da bruxismo (digrignamento dei denti)

Non sono ricompresi in copertura i bite automodellanti per bruxismo (preformati o preconfezionati).

1.2.3.4. Prevenzione odontoiatrica

Intesa Sanpaolo Protezione riconosce un indennizzo, nei limiti di quanto indicato nell'Allegato 4 – Tabella indennizzi Cure Dentarie (importo massimo per prestazione e numero massimo di prestazioni annue) e delle condizioni di liquidazione variabili a seconda del livello di copertura prescelto, per le spese sostenute per le seguenti prestazioni di prevenzione, in base all'età dell'Assicurato:

Prevenzione odontoiatrica Junior (≤15 anni)
- Visita odontoiatrica (comprensiva di valutazione ortodontica e di lezione di igiene orale)
- Sigillatura denti (4 denti)
- Applicazione topica di fluoro

Prevenzione odontoiatrica Standard (>15 anni)
- Visita odontoiatrica (comprensiva di valutazione tasche gengivali e di valutazione gnatologica)
- Ablazione del tartaro

gnatologia: branca dell'odontoiatria e della chirurgia maxillofacciale che studia la fisiologia, la patologia e le funzioni della mandibola

Se l'Assicurato ha eseguito anche solo una prestazione prevista all'interno della Prevenzione odontoiatrica Junior (≤15 anni) e, nel corso dell'annualità di copertura, compie gli anni passando alla fascia successiva (>15 anni), può completare le prestazioni previste nella fascia Junior. Se invece non ha ancora eseguito alcuna prestazione nel corso del periodo assicurativo, al compimento del sedicesimo anno di età, può eseguire esclusivamente quelle previste dalla Prevenzione odontoiatrica Standard (>15 anni).

Per ogni ulteriore dettaglio relativo al numero massimo di prestazioni annue comprese in copertura e gli importi massimi per prestazione si rinvia a quanto indicato nell'Allegato 4 – Tabella indennizzi Cure Dentarie.

Riepilogo somme assicurate dell'estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie

CURE DENTARIE			
	SILVER	**GOLD**	**DIAMOND**
Cure conservative e diagnostica	€ 1.700	€ 3.500	€ 7.500
Implantologia e protesica	€ 1.000	€ 2.000	€ 5.000
Ortodonzia	Non prevista	€ 1.500	€ 3.000
Prevenzione odontoiatrica	Indennizzo differenziato per prestazione (Allegato 4 Tabella Indennizzi cure dentarie)	Indennizzo differenziato per prestazione (Allegato 4 Tabella Indennizzi cure dentarie)	Indennizzo differenziato per prestazione (Allegato 4 Tabella Indennizzi cure dentarie)

Con riferimento esclusivo al primo anno di copertura e per le prestazioni che prevedono un periodo di carenza come disciplinato all'art. 6.1.4 è prevista una differente percentuale di corresponsione dell'importo in base al momento in cui la prestazione viene effettuata, e precisamente:
- dal 91° al 180° giorno successivo alla decorrenza dell'estensione opzionale: corresponsione del 50% dell'importo previsto dal livello di copertura scelto
- dal 181° giorno successivo alla decorrenza dell'estensione opzionale: corresponsione del 100% dell'importo previsto dal livello di copertura scelto.

A seguito di rinnovo con continuità di copertura, tali limitazioni non si applicano.

articolo 2. CHE COSA NON È ASSICURATO

2.1. Persone non assicurabili

2.1.1 Persone non assicurabili della Copertura Principale

Non è possibile assicurare le persone che al momento della sottoscrizione della polizza o dell'Appendice contrattuale:
- abbiano più di 70 anni
- 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:
- persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV. In caso di sopravvenienza di alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV in corso di validità della polizza, l'assicurazione cessa la sua copertura

- persone che negli ultimi 5 anni (o nei diversi termini previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 per le patologie oncologiche) sono state affette da una malattia del fegato diversa da Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica e/o angioma epatico e/o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ

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

- persone che stanno seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) e/o per malattie del pancreas (escluso diabete), che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) e/o persone che stanno seguendo cure (ad es. farmaci, chemioterapia, radioterapia) per neoplasie maligne

- persone che negli ultimi 5 anni (o nei diversi termini previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 per le patologie oncologiche) sono state affette da una malattia dell'apparato digerente diversa da stipsi e/o gastrite o da una malattia del sangue e/o una patologia o infortunio che ha comportato una paralisi e persone affette da una forma di cecità che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi o persone che negli ultimi 5 anni hanno presentato uno stato di coma

- persone affette da sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer (escluso il morbo di Parkinson, se in Stadio 1 della scala HOEHN e YAHR)

- persone con invalidità totale e permanente con soglia uguale o superiore al 33% o che ne abbiano fatto domanda per ottenerla

- persone affette da disturbi neurologici del movimento o da patologie del sistema nervoso centrale (ad esempio: malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma superiore allo Stadio 1 della scala HOEHN e YAHR del morbo di Parkinson, SLA, Sclerosi multipla, altro) o distrofia muscolare

- persone affette da Lupus eritematoso sistemico (LES) o da artrite remautoide

- Persone che nell'ultimo anno si sono sottoposte a terapie oncologiche e/o immunitarie

Sono inoltre escluse le persone che presentano le tre seguenti condizioni:

- Negli ultimi 2 anni hanno effettuato più di 5 visite specialistiche (comprese visite di controllo). Si specifica che non devono essere tenute in considerazione per il conteggio: le visite di controllo per gravidanza, le visite di controllo effettuate a seguito di campagne preventive S.S.N., le visite odontoiatriche, le visite effettuate da Medici di Medicina Generale/pediatri

- Persone che effettuano annualmente visite/follow up di controllo relativamente a una o più patologie di cui hanno sofferto o soffrono attualmente

- Persone che utilizzano uno o più farmaci in terapia continuativa o, nel caso di patologia oncologica, nell'ambito di un trattamento attivo attualmente in corso

Sono inoltre escluse le persone che presentano almeno sei delle seguenti condizioni (come da Questionario Sanitario):

1. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia

2. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) diversa da cefalea e/o emicrania

3. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del pancreas (diversa da diabete)

4. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite

5. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema urologico diversa da ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali

6. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete mellito) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo

7. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)

scala di Hoehn e Yahr: è una classificazione in cinque stadi utilizzata per descrivere la progressione del morbo di Parkinson, basata sulla gravità e sulla presenza di sintomi motori

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

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

da sapere: non vengono prese in considerazione per il conteggio: - le visite rimborsate dalla copertura (in caso di rinnovo della polizza) - le visite di controllo per gravidanza - le visite di controllo effettuate a seguito di campagne preventive S.S.N. - le visite odontoiatriche - le visite effettuate da Medici di Medicina Generale/pediatri

iperdislipidemia: spesso chiamata dislipidemia o iperlipemia è l'incremento dei valori dei trigliceridi e/o del colesterolo sia totale e/o della sua componente a maggior rischio metabolico (colesterolo ldl) o riduzione della componente cd "protettiva" (colesterolo hdl)

8. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del fegato che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)

9. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del/i polmone/i che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)

10. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema urologico che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)

11. stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del sistema endocrino (compreso diabete mellito) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)

12. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dell'apparato uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi

13. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi

14. essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi

15. essere affetto da forma lieve di Parkinson o altre disabilità non gravi

16. negli ultimi 2 anni essere stato impossibilitato a svolgere le mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi

17. essere affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali, altro)

18. aver subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura

19. essere affetto da connettivite mista

20. essere affetto da poliarterite nodosa

21. essere affetto da sclerodermia

22. effettuare annualmente esami di diagnostica strumentale di approfondimento (quali, ad esempio, TAC, RM, ecocolordoppler, scintigrafia, esami endoscopici).

connettivite mista: è caratterizzata dalla combinazione di diverse malattie autoimmuni, quali LES, sclerodermia, polimiosite e artrite reumatoide

poliarterite nodosa: è una vasculite necrotizzante sistemica che colpisce tipicamente arterie muscolari di medio calibro e talvolta anche piccole arterie muscolari, con conseguente ischemia tissutale secondaria

sclerodermia: è una malattia cronica di tipo autoimmune: il sistema immunitario del malato attacca i suoi stessi tessuti

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

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

2.1.2 Persone non assicurabili per l'estensione di garanzia opzionale Fisioterapia

Non è possibile assicurare le persone che al momento della sottoscrizione della polizza o dell'Appendice contrattuale:
- abbiano più di 70 anni
- 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:
- persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. In caso di sopravvenienza di alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV in corso di validità

della polizza, l'assicurazione cessa la sua copertura
- persone affette da sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer o di un'altra forma di grave disabilità (escluso il morbo di Parkinson, superiore allo Stadio 1 della scala HOEHN e YAHR)
- persone con invalidità totale e permanente con soglia uguale o superiore al 33% o che ne abbiano fatto domanda per ottenerla
- persone affette da disturbi neurologici del movimento o da patologie del sistema nervoso centrale (ad esempio: malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, morbo di Parkinson superiore allo Stadio 1 della scala HOEHN e YAHR, SLA, Sclerosi multipla, altro) o distrofia muscolare
- persone affette da Lupus eritematoso sistemico (LES) o artrite reumatoide

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

Sono inoltre escluse le persone che presentano almeno sei delle seguenti condizioni (come da Questionario Sanitario):
- essere affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (escluso artrosi) (ad es.: artrite, ernie discali)
- aver subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura
- è stato affetto da connettivite mista e/o indifferenziata
- essere affetto da poliarterite nodosa
- essere affetto da sclerodermia
- essere affetto da forma iniziale di Parkinson o altre disabilità non gravi
- nei 2 anni precedenti essere stato impossibilitato a svolgere le mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi

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

Se, nel corso dell'annualità di polizza, l'Assicurato compie 80 anni, le coperture del Modulo cessano alla scadenza dell'annualità di polizza e non è più possibile rinnovarle tacitamente.

2.1.3 Persone non assicurabili per l'estensione di garanzia opzionale Oculistica

Non è possibile assicurare le persone che al momento della sottoscrizione della polizza o dell'Appendice contrattuale:
- abbiano più di 70 anni
- 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:
- persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. In caso di sopravvenienza di alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV in corso di validità della polizza, l'assicurazione cessa la sua copertura
- persone affette da cheratocono, da disturbi della retina, glaucoma o cataratta
- persone affette da miopia/astigmatismo superiore a 5 diottrie da uno o entrambi gli occhi e abbiano età inferiore o uguale a 50 anni
- persone affette da miopia/astigmatismo superiore a 5 diottrie da uno o entrambi gli occhi e abbiano età uguale o maggiore di 60 anni

cheratocono: malattia degenerativa conseguente ad una minore rigidità strutturale della cornea

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 è più possibile rinnovarle tacitamente.

2.1.4 Persone non assicurabili per l'estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie

Non è possibile assicurare le persone che al momento della sottoscrizione della polizza o dell'Appendice contrattuale:
- abbiano più di 70 anni
- 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:

- persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. In caso di sopravvenienza di alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV in corso di validità della polizza, l'assicurazione cessa la sua copertura
- persone che abbiano subito la perdita di denti o si siano sottoposte ad estrazioni di denti, diversi dai terzi molari (denti del giudizio) e dai denti decidui (denti da latte), in numero maggiore di 2, per i quali non sia stato effettuato impianto/protesi
- stare effettuando una terapia ortodontica (solo in caso di selezione delle opzioni GOLD o DIAMOND)

Non sono inoltre assicurabili le persone che presentano almeno 2 delle seguenti condizioni (come da Questionario Sanitario):

- essere affetto da diabete mellito
- essere affetto da epilessia
- essere affetto da una o più delle seguenti patologie autoimmuni: Lupus Eritematoso Sistemico, artrite reumatoide, Sindrome di Sjogren
- essere affetto o essere stato affetto negli ultimi 5 anni (o nei diversi termini previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 per le patologie oncologiche) e senza recidiva da una o più delle seguenti patologie neoplastiche ematologiche: leucemia, linfoma, mieloma
- essere affetto o essere stato affetto negli ultimi 5 anni da neoplasie facciali e/o orofaringee (o nei diversi termini previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 per le patologie oncologiche)
- stare effettuando o aver effettuato negli ultimi 5 anni cicli di radioterapia al collo o al cranio (o nei diversi termini previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 per le patologie oncologiche)
- stare effettuando o aver effettuato negli ultimi 5 anni terapie a base di bifosfonati (o nei diversi termini previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 per le patologie oncologiche)
- aver subito traumi che hanno comportato lesioni ossee del maxillo facciale

bifosfonati: farmaci che si legano ad alcune cellule dell'osso per contrastare la perdita di densità minerale ossea (ad es. per la cura dell'osteoporosi)

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 è più possibile rinnovarle tacitamente.

2.2 Esclusioni per tutte le garanzie

2.2.1. Esclusioni per tutte le garanzie previste sia dalla Copertura Principale che dalle estensioni di garanzia opzionali

Intesa Sanpaolo Protezione non fornisce alcuna copertura in caso di:

stato di ebbrezza: sussiste quando il tasso alcolemico risulta superiore a 0,5 grammi per litro

veicoli a propulsione muscolare: sono mezzi di trasporto che utilizzano la forza muscolare dell'uomo per muoversi, fra cui ad esempio le biciclette ma anche le barche a remi

1. infortuni avvenuti in stato di ebbrezza (come definito dal Codice della Strada) alla guida di veicoli a motore, veicoli a propulsione muscolare o in conseguenza di proprie azioni delittuose

2. infortuni avvenuti alla guida di veicoli a motore se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida di veicoli con foglio rosa effettuata nel rispetto degli obblighi previsti dalla normativa vigente, nonché il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro i requisiti per il rinnovo

3. infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad abuso di sostanze alcoliche, di farmaci, uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni

4. danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, esposizione volontaria al pericolo, mancato attenersi a prescrizioni o consigli medici

5. infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dalla Data di Decorrenza del Modulo o dell'Appendice contrattuale. 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.

6. infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, sci estremo, bob, kitesurfing, canyoning, rafting, skeleton, hockey, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, arti marziali comportanti contatto fisico, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese o di grado equivalente (esclusa l'arrampicata indoor), arrampicata libera, speleologia, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, etc), sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill"

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

7. infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti

8. 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

9. conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico

10. conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti

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

11. spese in conseguenza di malattie mentali e di malattie o infortuni derivanti dall'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico

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

12. conseguenze dirette o indirette di pandemie

13. prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza

14. trattamenti di medicina alternativa o complementare.

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

2.2.2. Esclusioni per tutte le garanzie previste dalla Copertura Principale

Intesa Sanpaolo Protezione non fornisce alcuna copertura in caso di:

1. interruzione volontaria della gravidanza

2. interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quanto previsto dalle garanzie "Ricoveri e interventi" e "Chirurgia con finalità estetica"

3. prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale), con l'eccezione degli interventi chirurgici odontoiatrici che si siano resi necessari a seguito di infortunio o di neoplasia maligna, che si intendono indennizzabili ai sensi di polizza

4. cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici, salvo quanto previsto dalla garanzia interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti neonatali

5. ricoveri in lungodegenza

6. prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari. Non è in ogni caso riconosciuta per tale tipologia di interventi l'indennità sostitutiva

7. correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) e interventi di cataratta

chirurgia bariatrica: si intende il trattamento chirurgico dei pazienti affetti da obesità

8. interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità; prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica

9. prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da

medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel "dopo il ricovero"

10. spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini
11. spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
12. ricoveri impropri
13. cicli di visite e cure psicologiche/psichiatriche (ad eccezione della prima)
14. acquisto di farmaci da banco che non prevedono l'obbligo della prescrizione
15. acquisto di medicinali omeopatici, galenici, parafarmaci.

ricovero improprio: si intende la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento, non necessaria nel quadro clinico, durante la quale non sono praticate terapie complesse ed eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente

2.2.3 Esclusioni per tutte le garanzie previste dalla estensione di garanzia opzionale Fisioterapia

Intesa Sanpaolo Protezione non fornisce alcuna copertura in caso di:

1. prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da fisioterapista abilitato, da medico o da Centro medico
2. spese per prestazioni di routine o controllo
3. spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
4. prestazioni per problematiche estetiche o eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)

2.2.4 Esclusioni per tutte le garanzie previste dalla estensione di garanzia opzionale Oculistica

Intesa Sanpaolo Protezione non fornisce alcuna copertura in caso di:

1. cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici, salvo quanto previsto dalle specifiche garanzie in copertura
2. prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate a seconda della garanzia, da medico o optometrista o Centro medico o centro ottico
3. spese per prestazioni di routine o controllo (salvo quanto previsto alla Garanzia Visita specialistica oculistica di controllo)
4. spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
5. visite o esami per difetti visivi (salvo quanto previsto alla Garanzia Visita specialistica oculistica di controllo)
6. lenti oftalmiche o a contatto che non hanno finalità correttive dei vizi refrattivi, indipendentemente dalla tipologia

2.2.5 Esclusioni per tutte le garanzie previste dalla estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie

Intesa Sanpaolo Protezione non fornisce alcuna copertura in caso di:

1. prestazioni con finalità estetica
2. prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie, bite automodellanti per bruxismo (preformati o preconfezionati) e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, day hospital, intervento ambulatoriale), salvo quanto previsto dalla copertura

3. cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze
4. prestazioni non effettuate da medico odontoiatra/igienista dentale (a seconda di quanto richiesto dalla natura della prestazione in copertura) o studio medico-odontoiatrico
5. cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
6. spese per prestazioni di routine o controllo, salvo quanto previsto dalle garanzie in copertura
7. spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
8. infortuni occorsi prima della decorrenza della copertura, le relative conseguenze e complicanze
9. protesi applicate per risolvere problemi estetici quali ad esempio discromie dentali e diastemi non funzionali.

articolo 3. QUALI SONO I LIMITI ALLE COPERTURE

3.1. Limiti relativi alla Copertura Principale

Le franchigie e gli scoperti previsti per le prestazioni della Copertura Principale sono quelli di seguito indicati:

RICOVERI E INTERVENTI			
Prestazioni / Modalità	**SILVER**	**GOLD**	**DIAMOND**
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico *Diretta* *Équipe in Network*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico *Rimborsuale* *Équipe non in Network*	Scoperto 20% min. € 750 a evento	Scoperto 15% min. € 500 a evento	Scoperto 10% a evento
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico *Ticket S.S.N.*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Chirurgia con finalità estetica (interventi elencati art. 1.1.2) *Diretta*	Franchigia € 350 a intervento	Franchigia € 350 a intervento	Franchigia € 150 a intervento
Chirurgia con finalità estetica (interventi elencati art. 1.1.2) *Rimborsuale*	Scoperto 25% min. € 500 a intervento	Scoperto 20% min. € 500 a intervento	Scoperto 10% a intervento
Chirurgia con finalità estetica (interventi elencati art. 1.1.2) *Ticket S.S.N.*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Interventi neonatali (malformazioni congenite)	Entro 6 mesi dalla nascita	Entro 12 mesi dalla nascita	Entro 18 mesi dalla nascita

VISITE SPECIALISTICHE, PREVENZIONE E FARMACI			
Prestazioni / Modalità	**SILVER**	**GOLD**	**DIAMOND**
Visite specialistiche *Diretta*	Franchigia € 35 a visita	Franchigia € 25 a visita	No franchigia
Visite specialistiche *Rimborsuale*	Scoperto 20% min. € 35 a visita	Scoperto 20% min. € 25 a visita	Scoperto 10% a visita
Visite specialistiche *Ticket S.S.N.*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Assist. infermieristica domiciliare	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Prevenzione *Diretta*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Farmaci Prescritti *Rimborsuale*	Franchigia € 35 per evento patologico / infortunio	Franchigia € 25 per evento patologico / infortunio	Franchigia € 15 per evento patologico / infortunio

DIAGNOSTICA E ANALISI			
Prestazioni / Modalità	**SILVER**	**GOLD**	**DIAMOND**
Diagnostica e terapie oncologiche/dialisi *Diretta*	Franchigia € 55 a prestazione	Franchigia € 35 a prestazione	No franchigia
Diagnostica e terapie oncologiche/dialisi *Rimborsuale*	Scoperto 20% min. € 55 a prestazione	Scoperto 20% min. € 35 a prestazione	Scoperto 10% a prestazione
Diagnostica e terapie oncologiche/dialisi *Ticket S.S.N.*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Analisi di laboratorio *Diretta*	Franchigia € 35 a fattura	Franchigia € 25 a fattura	No franchigia
Analisi di laboratorio *Rimborsuale*	Scoperto 20% min. € 35 a fattura	Scoperto 20% min. € 25 a fattura	Scoperto 10% a fattura
Analisi di laboratorio *Ticket S.S.N.*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia

3.2. Limiti relativi alla estensione di garanzia opzionale Fisioterapia

Non sono previsti franchigie o scoperti per le prestazioni dell'estensione di garanzia opzionale Fisioterapia.

3.3. Limiti relativi alla estensione di garanzia opzionale Oculistica

Le franchigie e gli scoperti previsti per le prestazioni dell'estensione di garanzia opzionale Oculistica sono quelli di seguito descritti:

OCULISTICA			
Prestazioni / Modalità	**SILVER**	**GOLD**	**DIAMOND**
Visita specialistica oculistica di controllo *Rimborsuale*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Visite oculistiche ed esami per malattie e infortuni *Rimborsuale*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Lenti e occhiali da vista *Rimborsuale*	Scoperto 20%	Scoperto 15%	Scoperto 10%
Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta *Rimborsuale*	Scoperto 25%	Scoperto 15%	Scoperto 10%
Indennità sostitutiva S.S.N. *Rimborsuale*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia

Si specifica che per le lenti a contatto lo scoperto è unico sulla spesa annuale complessiva. L'applicazione della franchigia ha inizio dal primo acquisto, fino al raggiungimento dell'intero importo a carico dell'Assicurato.

3.4. Limiti relativi alla estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie

Alcune prestazioni sono indennizzabili per un numero massimo di volte all'anno, valevole in regime Indennitario, come indicato nell'Allegato 4 Tabella Indennizzi Cure Dentarie.
Non sono previsti franchigie o scoperti per le prestazioni dell'estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie.

articolo 4. DOVE VALGONO COPERTURE

La copertura vale in tutto il Mondo. La garanzia "Prevenzione" prevista dalla Copertura Principale può essere effettuata solo in Italia. Rimborsi e indennizzi sono pagati in euro.

articolo 5. DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

All'atto dell'acquisto del Modulo il Cliente e gli Assicurati hanno l'obbligo di fornire le informazioni relative alla propria età, al proprio stato di salute, alla propria residenza e, nel caso del Cliente, anche al rapporto di parentela con le persone appartenenti al proprio nucleo familiare al quale è estesa la copertura del Modulo. Tali dichiarazioni devono essere vere ed esatte e sulla base di queste viene calcolato il premio del Modulo. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.
Se Intesa Sanpaolo Protezione viene a conoscenza dell'inesattezza o della falsità delle dichiarazioni e delle informazioni sopra richiamate ha il diritto di recedere dal Modulo o, se il Cliente o l'Assicurato ha agito con dolo o colpa grave, di domandare l'annullamento del Modulo.
Se si verifica un sinistro per uno degli eventi assicurati dal Modulo prima che Intesa Sanpaolo Protezione venga a conoscenza dell'inesattezza o falsità delle dichiarazioni o delle informazioni o prima che essa eserciti il diritto di recedere o di chiedere l'annullamento del Modulo:

1) quando l'inesattezza o falsità delle informazioni o delle dichiarazioni riguarda lo stato di salute o quando la residenza di chi è assicurato non è in Italia o quando l'Assicurato non è parte del nucleo familiare del Cliente, il sinistro non viene pagato;
2) quando l'inesattezza o falsità delle informazioni o dichiarazioni riguarda la provincia di residenza, la somma dovuta in caso di accoglimento del sinistro è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pagato dal Cliente e quello che il Cliente avrebbe dovuto pagare in più se Intesa Sanpaolo Protezione avesse conosciuto il reale stato delle cose.

Il Cliente, l'Assicurato, i relativi familiari e aventi diritto consentono a Intesa Sanpaolo Protezione di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

articolo 6. QUANDO COMINCIANO E QUANDO FINISCONO LE COPERTURE

La data di inizio e di fine delle coperture del Modulo sono indicate nel Documento di polizza o nell'Appendice contrattuale, ferme restando le carenze di cui al successivo Art. 6.1.

6.1 Carenze

6.1.1. Carenze previste per la Copertura Principale

Le prestazioni diventano effettivamente operanti a partire dalle ore 24:00:
- del giorno di decorrenza della Copertura Principale per le prestazioni da infortunio
- del 30° giorno successivo alla decorrenza della Copertura Principale per i ricoveri con o senza intervento conseguenti a malattia
- del 60° giorno successivo alla decorrenza della Copertura Principale, per le visite specialistiche e i farmaci generici e ticket per farmaci dispensati dal S.S.N., per le prestazioni di diagnostica da malattia e le analisi di laboratorio da malattia
- del 90° giorno successivo alla decorrenza della Copertura Principale per gli interventi di chirurgia con finalità estetica
- del 271° giorno successivo alla decorrenza della Copertura Principale per il parto e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti neonatali
- nessuna carenza è prevista per le prestazioni di prevenzione.

6.1.2. Carenze previste per l'estensione di garanzia opzionale Fisioterapia

Non sono previste carenze.

6.1.3. Carenze previste per l'estensione di garanzia opzionale Oculistica

Le prestazioni diventano effettivamente operanti a partire dalle ore 24:
- del 90° giorno successivo alla decorrenza dell'estensione opzionale per gli interventi di chirurgia refrattiva, gli interventi di cataratta e per le visite oculistiche ed esami per malattie o infortuni
- Nessuna carenza è prevista per la garanzia "Visita specialistica di controllo" e "Lenti e Occhiali".

6.1.4. Carenze previste per l'estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie

Le prestazioni diventano effettivamente operanti a partire dalle ore 24:
- del 90° giorno successivo alla decorrenza dell'estensione opzionale per la Garanzia Cure Conservative e Diagnostica, Implantologia e Protesica e Ortodonzia.
- Nessuna carenza è prevista per la garanzia "Prevenzione odontoiatrica".

Cos'è la carenza
È il periodo di tempo durante il quale le garanzie non hanno effetto. L'efficacia della garanzia parte, infatti, dopo il periodo di carenza.
Viene calcolato a partire dalla data di decorrenza della polizza e ha una durata diversa a seconda della prestazione assicurata.

articolo 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.
Inoltre, il premio del Modulo può variare in caso di eventuali cambi di residenza comunicati tempestivamente dal Cliente, a partire dal momento in cui il cambio di residenza è avvenuto.
I criteri di incremento e variazione del premio sono indicati nell'Allegato 2 – Tabelle dei coefficienti, che è parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

articolo 8. MODIFICHE DEI COEFFICIENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Intesa Sanpaolo Protezione può variare i coefficienti per il calcolo del premio del Modulo, dandone comunicazione al Cliente, almeno 60 giorni prima della scadenza delle coperture. Il pagamento del premio equivale a manifestazione di volontà di accettazione della modifica del premio. In alternativa, entro la data di scadenza della polizza, il Cliente può comunicare a Intesa Sanpaolo Protezione o alla Banca la disdetta del Modulo.

articolo 9 VARIAZIONE DEI LIVELLI DI COPERTURA

Il Cliente può richiedere la variazione del livello di copertura a condizione che la versione del Modulo sia ancora in vendita al momento della richiesta.

articolo 10. OBBLIGHI E ONERI DELL'ASSICURATO

Fermo quanto previsto all'art. 6, l'Assicurato che, in corso di validità del Modulo, diventi alcolista, tossicodipendente, affetto da sieropositività HIV o da sindromi a essa correlate o sposti la propria residenza all'estero, perde il diritto alla copertura assicurativa. I sinistri avvenuti in un momento successivo a quello in cui si verifica la circostanza da cui deriva la cessazione del Modulo non sono comunque indennizzabili.

L'Assicurato ha l'onere di comunicare a Intesa Sanpaolo Protezione le circostanze su indicate e in tal caso il Modulo viene annullato con effetto dalla data di ricezione della comunicazione. I premi eventualmente incassati dopo tale data, non essendo più dovuti, vengono restituiti al Cliente. La comunicazione va inviata per iscritto a: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. via San Francesco d'Assisi 10, 10122 Torino.

L'Assicurato ha inoltre l'obbligo di comunicare l'eventuale modifica della provincia di residenza. Ricevuta tale comunicazione, Intesa Sanpaolo Protezione provvederà eventualmente all'aggiornamento del premio dovuto, con effetto dalla successiva ricorrenza annua della Polizza.

In caso di sinistro, se l'Assicurato non ha comunicato la modifica della provincia di residenza, la somma dovuta in caso di accoglimento del sinistro è ridotta in proporzione della differenza tra il premio pagato dal Cliente e quello che il Cliente avrebbe dovuto pagare in più se Intesa Sanpaolo Protezione avesse ricevuto la comunicazione di modifica della provincia.

NORME RELATIVE ALLA GESTIONE DEI SINISTRI

sezione II

articolo 11. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o qualsiasi altra persona avente titolo (es. familiare, amministratore di sostegno, tutore) può attivare le prestazioni assicurative e denunciare un sinistro secondo le modalità di seguito indicate:

Art. 11.1 Procedura per richiedere le prestazioni in regime di assistenza diretta o mista

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.intesasanpaoloprotezione.com, dall'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, o telefonando al numero 800.124.124, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 20.00 ed il sabato dalle ore 8.30 alle ore 13.30.

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

L'Assicurato deve:
- procurarsi tutta la documentazione prevista al successivo punto 11.1.2., 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 Protezione l'autorizzazione all'erogazione della prestazione, allegando tutta la documentazione prevista (in caso di richiesta telefonica, gli operatori indicheranno all'Assicurato come inviare la documentazione) e indicando la struttura scelta e la data fissata.

Intesa Sanpaolo Protezione rilascia l'autorizzazione alla prestazione entro 7 giorni di calendario dalla ricezione della documentazione giustificativa completa a condizione che la data della prestazione sia fissata almeno 7 giorni di calendario dopo la denuncia del sinistro. 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. Nell'autorizzazione sono evidenziate le eventuali spese a carico dell'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti).

Se Intesa Sanpaolo Protezione 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.

All'interno dell'SMS, dell'e-mail o della notifica tramite App saranno presenti i dettagli dell'autorizzazione rilasciata e le eventuali quote a carico dell'Assicurato.

Non è necessaria la preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate nei soli casi di emergenza medico-sanitaria come di seguito indicati.

Se l'Assicurato è impossibilitato a contattare in anticipo la Centrale Operativa può chiedere il rilascio dell'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni:
- è necessario trasmettere alla Centrale Operativa il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza, sia in caso di malattia che di infortunio
- nel caso di infortunio, è necessario trasmettere alla Centrale Operativa il 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 o privato sostitutivo, da medico di medicina generale o da medico specialista differente dal medico che eseguirà la prestazione.

11.1.1 Ricerca della struttura

L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni, il sito internet www.intesasanpaoloprotezione.com o telefonando alla Centrale Operativa.

Intesa Sanpaolo Protezione 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.

11.1.2 Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

- prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa vigente, che contiene il quesito diagnostico o la diagnosi per la quale è richiesta la prestazione specifica.
- Per le prestazioni pre-ricovero collegate ad un ricovero in forma diretta, copia del certificato di prenotazione del ricovero o dell'autorizzazione al ricovero rilasciata dalla Centrale operativa
- 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 o privato sostitutivo, da medico di medicina generale o da medico specialista differente dal medico che eseguirà la prestazione
  - se l'infortunio è responsabilità di un terzo: anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile
  - in caso di ricovero, referti degli accertamenti diagnostici eseguiti prima del ricovero
  - eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter autorizzare il sinistro (ad esempio, in caso di incidente stradale, verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine, la denuncia di sinistro dell'incidente o il Modulo CAI di constatazione amichevole).

La prestazione richiesta deve essere in ogni caso effettuata entro il termine della validità del Modulo. Se l'Assicurato non si attiva entro il termine di validità del Modulo, la copertura potrebbe non operare e pertanto l'esecuzione della prestazione potrebbe non essere garantita.

Attenzione con i tempi in prossimità della scadenza copertura
Per poter usufruire delle prestazioni in prossimità della 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.

11.1.3 Validità dell'autorizzazione

L'autorizzazione riporta la data in cui deve essere effettuata la prestazione. Tale data può essere modificata, su richiesta dell'Assicurato o della struttura, prima di effettuare la prestazione.

11.1.4. Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato, prima di effettuare la prestazione autorizzata, deve comunicarne l'eventuale modifica o integrazione alla Centrale Operativa, affinché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici danno esito positivo, rilasci una nuova autorizzazione.

11.1.5. Annullamento dell'autorizzazione

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

11.1.6. 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, ma può comunque essere richiesto il rimborso della spesa sostenuta, sempreché tale regime sia previsto dalla copertura per la specifica prestazione. Si ricorda che, in tale ipotesi, il rimborso delle spese avviene con l'applicazione delle condizioni (ad esempio franchigia e scoperto) previste dal regime rimborsuale.

11.1.7. Restituzione delle somme indebitamente pagate

Se, dopo l'esecuzione di una prestazione che era stata autorizzata, si accerta che la polizza non è valida o che ci sono elementi che determinano l'inoperatività della garanzia cui la prestazione si riferisce oppure che il massimale non copre l'intera spesa della prestazione eseguita, Intesa Sanpaolo Protezione ne dà comunicazione scritta all'Assicurato, indicando l'ammontare delle somme non oggetto di copertura. L'Assicurato quindi deve:

- restituire a Intesa Sanpaolo Protezione le somme indicate
- oppure pagare direttamente tali importi sia alla struttura che ai medici che hanno eseguito la prestazione.

Art. 11.2. Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale

L'Assicurato o qualsiasi altra persona avente titolo (es. familiare, amministratore di sostegno, tutore) può richiedere il rimborso delle spese sostenute utilizzando:

l'App Intesa Sanpaolo Assicurazioni

l'Area Clienti messa a disposizione da Intesa Sanpaolo Protezione accessibile dal sito internet di Intesa Sanpaolo Protezione www.intesasanpaoloprotezione.com

oppure per iscritto tramite:

e-mail a: sinistrifideuram@intesasanpaoloprotezione.com oppure

PEC a: sinistrifideuram@pec.intesasanpaoloprotezione.com

raccomandata A/R a: Intesa Sanpaolo Protezione c/o InSalute Servizi Via San Francesco d'Assisi 10, 10122 Torino

fax: al numero 011.093.1062

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

11.2.1. Documenti da trasmettere per richiedere il rimborso delle prestazioni

Per ottenere il rimborso, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può presentare la propria richiesta allegando copia dei seguenti documenti:

a. Documentazione richiesta per tutte le prestazioni

- documentazione quietanzata del pagamento delle spese (fatture, parcelle, ricevute, scontrini riportanti il Codice Fiscale del beneficiario) emessa da Istituto di cura, Centro Medico, medico specialista o altro professionista abilitato in possesso di specializzazione coerente con la diagnosi, o da farmacia, o da Centro specializzato nel noleggio o vendita di presidi e ausili. 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. 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

- prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate. È necessaria la prescrizione del medico di base o di un medico specialista, la cui specializzazione deve essere coerente con la patologia o quesito diagnostico. Il medico che emette la prescrizione deve essere diverso dal medico che effettua la prestazione per le prestazioni di analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche. Se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, è necessario il relativo referto. La prescrizione medica non è richiesta nel caso di prestazioni di prevenzione previste dal presente Modulo.

- eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter liquidare il sinistro

- ulteriore documentazione richiesta in caso di infortunio

  - 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 o privato sostitutivo, da medico di medicina generale o da medico specialista differente dal medico che eseguirà la prestazione

  - se l'infortunio è responsabilità di un terzo, anche il nominativo e il recapito del terzo

  - in caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CAI (constatazione amichevole).

b. Ulteriore documentazione richiesta per prestazioni effettuate in regime di ricovero, day hospital, day surgery o per interventi ambulatoriali

- copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), sia in caso di Ricovero sia in caso di Day Hospital/Day Surgery

- dettagliata relazione medica che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale

- in caso di prestazioni effettuate in regime misto:
  - un modulo sottoscritto dalla struttura convenzionata che attesta il pagamento delle prestazioni dell'équipe non convenzionata, oppure
  - prova del pagamento degli onorari medici (per esempio copia del bonifico bancario eseguito).

c. Documentazione richiesta per il rimborso dei medicinali

- copia della ricetta intestata all'Assicurato con specifica dei prodotti prescritti e timbrata dalla farmacia dove i prodotti sono stati acquistati

- copia della fattura (o dello scontrino nominativo parlante riportante il Codice Fiscale dell'Assicurato) con specifica dei prodotti acquistati e relativo costo.

Per la corretta applicazione della franchigia è necessario presentare la richiesta di rimborso dei medicinali in un'unica soluzione per tutti i farmaci che siano stati acquistati nella medesima annualità assicurativa e che si riferiscono al medesimo evento patologico o infortunio.

Facciamo un esempio:
A seguito di patologia "ipertensione primaria" all'Assicurato viene prescritto il farmaco generico Bisoprololo.
L'Assicurato acquista:
• In data 25/05/2026: 2 confezioni del farmaco con scontrino nr 1
• In data 06/09/2026: ulteriori 2 confezioni del farmaco con scontrino nr 2.

Per la corretta applicazione di una sola franchigia su entrambi gli acquisti effettuati, l'Assicurato dovrà presentare in un'unica richiesta di rimborso entrambi gli scontrini n.1 e n. 2, unitamente alla prescrizione medica.
In caso di rinnovo del Modulo, agli acquisti avvenuti nell'annualità successiva, anche se per la stessa patologia relativa agli acquisti dell'anno precedente, si applicherà nuovamente la franchigia e così per gli acquisti successivi.

d. Documentazione richiesta per i trattamenti fisioterapici (Copertura Principale ed estensione di garanzia opzionale Fisioterapia)

- documentazione quietanzata del pagamento delle spese (fatture, parcelle, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico o da personale specializzato (medico, fisioterapista), con indicazione della specializzazione (in caso di prestazione erogata da un medico) o degli estremi dell'iscrizione all'Ordine della Professione Sanitaria di Fisioterapista (in caso di prestazione erogata da un fisioterapista

- prescrizione medica riportante la diagnosi ed il numero di sedute di fisioterapia prescritte. La prescrizione del medico di base o dello specialista deve avere una specializzazione inerente alla malattia o all'infortunio che ha reso necessaria la fisioterapia

- Le richieste di rimborso devono essere presentate al termine del ciclo di cura.

e. Documentazione richiesta per l'estensione di garanzia opzionale Oculistica

- documentazione quietanzata del pagamento delle spese (fatture, parcelle, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico o da personale specializzato (medico oculista o optometrista), con indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione. La documentazione deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi.

- prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia o del difetto visivo e le prestazioni effettuate. È necessaria la prescrizione del medico di base o di un medico specialista. Il medico che emette la prescrizione deve essere diverso dal medico che effettua la prestazione, per le prestazioni di accertamenti diagnostici e visite specialistiche. Se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, è necessario il relativo referto. La prescrizione medica non è richiesta nel caso della Garanzia Visita specialistica oculistica di controllo di cui all'art. 1.2.2.1.

- per poter ottenere il rimborso integrale della spesa sostenuta per la garanzia Lenti e occhiali da vista: certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesti la modifica del *visus* con indicazione del *visus* precedente e del visus attuale. In alternativa è possibile inviare il certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato con indicazione del *visus* e il certificato della precedente visita effettuata dal medico oculista o dall'ottico optometrista abilitato con indicato il visus precedente. Il certificato di modifica visus deve essere emesso durante l'annualità di copertura assicurativa ed è valido un anno dalla sua redazione. In mancanza di modifica del *visus*, il rimborso della spesa sostenuta è dimezzato.

- le spese per lenti e montature di occhiali da sole graduate, laddove previste, vengono indennizzate sempre al 50% e pertanto non è necessario inviare la certificazione di variazione del *visus*

- per le lenti a contatto: è necessario allegare copia della confezione con evidenza del tipo di lente (es. giornaliera/mensile) e il numero delle lenti contenute

- per la garanzia Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta: copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

11.2.2 Integrazione della documentazione ed informazioni relative a tutti i sinistri denunciati

Intesa Sanpaolo Protezione può richiedere all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) o non trasmessa in copia conforme oppure in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica)

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

Nel caso in cui l'Assicurato decida di inviare la propria richiesta mediante casella mail o in forma scritta, unitamente alla documentazione medica, l'Assicurato dovrà presentare denuncia scritta contenente le informazioni relative al sinistro. Al fine di facilitare la corretta redazione della denuncia, è disponibile sul sito www.intesasanpaoloprotezione.com il modulo di denuncia per la richiesta di rimborso.

Art. 11.3. Procedura di accesso alle prestazioni - Domanda di pagamento dell'indennizzo

Per l'estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie, le prestazioni devono:

- essere effettuate da personale specializzato (medico odontoiatra/igienista dentale, a seconda di quanto richiesto dalla natura della prestazione in copertura, o studio medico-odontoiatrico)

- essere fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico o da medico odontoiatra/igienista dentale. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista.

La documentazione deve essere intestata alla persona che ha ricevuto la prestazione sanitaria e riportarne i dati anagrafici. Tale persona è quella che riceve il rimborso della spesa sostenuta per la prestazione sanitaria.

Una volta erogata la prestazione - o, in caso di ciclo di cure, terminato il ciclo - e acquisita la documentazione medica completa, l'Assicurato può inviare online la propria richiesta allegando copia dei seguenti documenti:

1. documentazione quietanzata del pagamento delle spese (fatture, parcelle, ricevute), con indicazione delle specifiche prestazioni odontoiatriche eseguite (così come elencate dalla Tabella Indennizzi), relativi costi, sede o elemento dentario interessato, emessa da Istituto di cura o da Centro medico o da medico odontoiatra/igienista dentale. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista. La documentazione di spesa deve contenere 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 indennizzo.

2. 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 o privato sostitutivo, da medico di medicina generale o da medico specialista differente dal medico che eseguirà la prestazione.
   - se l'infortunio è responsabilità di un terzo, anche il nominativo e il recapito del terzo.
   - In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di indennizzo, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CAI (constatazione amichevole)

3. Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan, che devono contenere nome e cognome dell'Assicurato, data di esecuzione e devono mostrare la sede o gli elementi dentari interessati dalle cure. Per le protesi, certificato di laboratorio con

indicazione del paziente, del materiale utilizzato (specifica del lotto, marca, titolo ovvero composizione percentuale), degli elementi interessati e della data di produzione, come meglio dettagliati nell'allegato 5 Elenco documentazione da allegare al Sinistro in Regime indennitario.

4. eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter liquidare il Sinistro.

Art. 11.4 Data dell'evento (per tutte le garanzie)

Per data dell'evento si intende:
- in caso di singolo ricovero, di day hospital o di day surgery, la data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio, comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post ricovero o intervento). In presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti
- in caso di prestazioni extra ospedaliere, la data della singola prestazione effettuata (visite, accertamenti, trattamenti, terapie oncologiche e dialisi) relativa alla medesima patologia o al medesimo infortunio
- in caso di ciclo di cure (ad esempio, fisioterapia), la data della prima delle prestazioni effettuate relative alla medesima patologia o al medesimo infortunio nonché alla medesima prescrizione
- in caso di acquisto di farmaci, la data del primo acquisto di farmaci per la specifica prescrizione
- per l'estensione di garanzia opzionale Oculistica:
  - data del controllo e della misurazione della vista
  - data della fattura d'acquisto di lenti e occhiali da vista. Per le lenti a contatto è la data del primo acquisto nell'anno assicurativo
  - data del singolo intervento di chirurgia refrattiva e di cataratta
- per l'estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie:
  - data della singola prestazione odontoiatrica.

11.5 Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'italiano e dall'inglese deve essere accompagnata da traduzione asseverata in italiano.

da sapere: si parla di traduzione asseverata quando il traduttore di un documento si reca davanti a un pubblico ufficiale (Notaio o Cancelliere del Tribunale) e giura di aver tradotto fedelmente il documento assegnatogli. Il traduttore e il pubblico ufficiale firmano congiuntamente un verbale che attesta l'avvenuto giuramento. Tale verbale viene allegato al testo tradotto e al testo originale. La sottoscrizione del verbale implica l'assunzione della responsabilità sulla traduzione, sia civile che penale, da parte dello stesso traduttore

11.6 Accertamenti di Intesa Sanpaolo Protezione

L'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Intesa Sanpaolo Protezione, 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 di Intesa Sanpaolo Protezione 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 completa.

11.7. Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede, gli eredi o gli aventi diritto per chiedere il rimborso delle spese o l'indennizzo previsto dal presente Modulo devono:
- avvisare Intesa Sanpaolo Protezione 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 sia 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 ad un 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 Protezione a liquidare l'Indennizzo previsto dal livello di copertura acquistato 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 indennizzare i sinistri presentati e riconosciuti indennizzabili o gli eventuali indennizzi non ancora presentati al momento del decesso.

11.8. Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità di polizza rientrano nel massimale dell'annualità di effettiva esecuzione della prestazione stessa.
In caso di terapia ortodontica con durata pluriennale, è possibile riconoscere l'indennizzo sia per l'annualità in cui ha avuto inizio la terapia, sia per le annualità successive (sempre che la copertura sia in vigore), erodendo il massimale dell'annualità assicurativa in cui è stata sostenuta la spesa.
Per il riconoscimento dell'indennizzo per le annualità successive si richiede certificato dell'odontoiatra attestante le prestazioni effettuate alle quali la fattura si riferisce (es. visite di controllo, consegna mascherine, ecc.).
Non sono ammesse fatture in acconto

11.9. Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:
- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura
- eventuali costi per effettuare la traduzione asseverata della documentazione.

articolo 12. TERMINI PER IL PAGAMENTO DEI SINISTRI

Assistenza diretta

Se sono superati positivamente i controlli amministrativi e medici della richiesta, Intesa Sanpaolo Protezione 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 (per esempio franchigie o scoperti).

Regime rimborsuale o indennitario

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione completa relativa al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, Intesa Sanpaolo Protezione determina l'importo che risulti dovuto, ne dà comunicazione all'interessato entro 30 giorni e provvede al pagamento entro i 15 giorni successivi alla comunicazione. Dopo questo periodo Intesa Sanpaolo Protezione deve corrispondere gli interessi di mora (ovvero gli interessi maturati nel periodo di ritardato pagamento) agli aventi diritto sino alla data dell'effettivo pagamento.

Da sapere sulla documentazione completa da fornire
Nel caso di ricovero, day hospital, day surgery effettuato in forma diretta o in regime misto, per la liquidazione delle spese post ricovero o per le spese di equipe medica non convenzionata, la documentazione completa comprende anche la cartella clinica che deve essere inviata dall'Assicurato.

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. Intesa Sanpaolo Protezione che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti

articolo 13. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Cliente o l'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo Protezione se ha stipulato altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, Intesa Sanpaolo Protezione 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 Protezione può esercitare il diritto di regresso.

articolo 14. ASSICURAZIONI ANALOGHE CON INTESA SANPAOLO PROTEZIONE

Se il Cliente ha una copertura analoga con un'altra polizza di Intesa Sanpaolo Protezione, è previsto il cumulo dei massimali e dei sotto-massimali, entro comunque il limite delle spese realmente sostenute.

articolo 15. 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. Videovisita

Solo per alcune tipologie di visite, incluse le prestazioni di cui al precedente punto 1, è possibile richiedere che le stesse vengano effettuate a distanza tramite videovisita online attraverso un collegamento messo a disposizione in App Intesa Sanpaolo Assicurazioni.

3. 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.intesasanpaoloprotezione.com/
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).

GLOSSARIO

ANNUALITÀ DI POLIZZA
Periodo che va dall'inizio della copertura del Modulo, che varia in base al momento del suo acquisto, alla scadenza della polizza.

APPENDICE CONTRATTUALE
Il documento sottoscritto dal Contraente per l'acquisto o per l'estinzione di Moduli (rispetto al contratto di polizza) o per la variazione degli elementi contrattuali quali ad esempio dei massimali o delle somme assicurate, per l'acquisto o per l'eliminazione delle estensioni di garanzia.

ASSICURAZIONE
Contratto con il quale Intesa Sanpaolo Protezione paga all'Assicurato le spese mediche connesse/rese necessarie da malattia o infortunio, nei limiti stabiliti nel Modulo.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA
Assistenza offerta da personale qualificato e munito di specifico diploma.

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

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, Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissione e la scheda di dimissione ospedaliera non sostituiscono la cartella clinica completa.

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 solo a trattamenti estetici.

CHIRURGIA BARIATRICA ("CHIRURGIA DELL'OBESITÀ")
Interventi chirurgici per ridurre l'assunzione di cibo diminuendo la capacità gastrica (interventi "restrittivi") o la capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi "malassorbitivi").

CONCLUSIONE DEL TRATTAMENTO ATTIVO DELLA PATOLOGIA
Ai fini della formazione dell'"oblio oncologico", per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico

DAY-HOSPITAL
Accesso diurno senza pernottamento in Istituto di cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da Cartella clinica. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).
Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

DAY SURGERY
Intervento chirurgico effettuato in Istituto di cura, in regime di degenza diurna, senza pernottamento in Istituto di cura e che richiede la compilazione della cartella clinica. Non è Day Hospital la permanenza in reparto a seguito di Intervento ambulatoriale.

DIFETTO FISICO-MALFORMAZIONE
Deviazione dal normale assetto morfologico di un organo o apparato o parti di essi per condizioni morbose acquisite e/o congenite o di origine traumatica. I vizi di rifrazione sono considerati difetti fisici.

DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO
Il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193 in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica

da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.

DOCUMENTO DI POLIZZA
È il documento sottoscritto dalle parti che riporta i dati anagrafici dell'Assicurato, i Moduli acquistati, le somme assicurate/massimali, il premio pagato, la durata delle coperture assicurative e attesta l'esistenza del contratto di assicurazione.

FRANCHIGIA
Importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA
Indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a ricoveri che non comportino spese sanitarie a carico dell'Assicurato, durante il ricovero.

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.

INTERVENTO CHIRURGICO
Atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono intervento chirurgico, fatta eccezione per quelle effettuate durante un accertamento e di cui all'art. 1.4. Diagnostica e Analisi.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE
Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero, Day Hospital o Day Surgery.

INTERVENTO CHIRURGICO CONCOMITANTE
Ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.

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).

LUNGODEGENZA
Ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

MAC (MACROATTIVITÀ AMBULATORIALE COMPLESSA)
Modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata. Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

MALATTIA
Ogni alterazione dello stato di salute che non dipenda da infortunio e che può essere verificata. La gravidanza non è considerata malattia.

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
Le coperture assicurative acquistabili con la polizza SFERA+.

OPTOMETRISTA
Professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

PREMIO
Somma dovuta dal Contraente a Intesa Sanpaolo Protezione come corrispettivo del modulo acquistato.

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

RICOVERO IMPROPRIO
La degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:
- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

RIMBORSO
Somma che Intesa Sanpaolo Protezione 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.

SCOPERTO
Percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (S.D.O.)
Strumento che raccoglie le informazioni di ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (S.S.N.)
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. Per ricoveri con intervento chirurgico comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.

VISITA SPECIALISTICA
Prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

VISUS
È il grado di capacità funzionale posseduto dall'apparato visivo ossia l'attitudine a percepire come distinte due immagini puntiformi (detto anche acuità visiva).
Si tratta di una misurazione quantitativa della funzione dell'apparato visivo e viene espressa comunemente in decimi.

ALLEGATO 1 - TABELLE RIEPILOGATIVE DEI LIMITI DEL MODULO SPESE MEDICHE

Copertura Principale

RICOVERI E INTERVENTI			
Prestazioni / Modalità	**SILVER**	**GOLD**	**DIAMOND**
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico *Diretta* *Équipe in Network*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico *Rimborsuale* *Équipe non in Network*	Scoperto 20% min. € 750 a evento	Scoperto 15% min. € 500 a evento	Scoperto 10% a evento
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico *Ticket S.S.N.*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Chirurgia con finalità estetica (interventi elencati art. 1.1.2) *Diretta*	Franchigia € 350 a intervento	Franchigia € 350 a intervento	Franchigia € 150 a intervento
Chirurgia con finalità estetica (interventi elencati art. 1.1.2) *Rimborsuale*	Scoperto 25% min. € 500 a intervento	Scoperto 20% min. € 500 a intervento	Scoperto 10% a intervento
Chirurgia con finalità estetica (interventi elencati art. 1.1.2) *Ticket S.S.N.*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
VISITE SPECIALISTICHE, PREVENZIONE E FARMACI			
Prestazioni / Modalità	**SILVER**	**GOLD**	**DIAMOND**
Visite specialistiche *Diretta*	Franchigia € 35 a visita	Franchigia € 25 a visita	No franchigia
Visite specialistiche *Rimborsuale*	Scoperto 20% min. € 35 a visita	Scoperto 20% min. € 25 a visita	Scoperto 10% a visita
Visite specialistiche *Ticket S.S.N.*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Assist. infermieristica domiciliare	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Prevenzione *Diretta*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Farmaci Prescritti *Rimborsuale*	Franchigia € 35 per evento patologico / infortunio	Franchigia € 25 per evento patologico / infortunio	Franchigia € 15 per evento patologico / infortunio

DIAGNOSTICA E ANALISI			
Prestazioni / Modalità	**SILVER**	**GOLD**	**DIAMOND**
Diagnostica e terapie oncologiche/dialisi *Diretta*	Franchigia € 55 a prestazione	Franchigia € 35 a prestazione	No franchigia
Diagnostica e terapie oncologiche/dialisi *Rimborsuale*	Scoperto 20% min. € 55 a prestazione	Scoperto 20% min. € 35 a prestazione	Scoperto 10% a prestazione
Diagnostica e terapie oncologiche/dialisi *Ticket S.S.N.*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Analisi di laboratorio *Diretta*	Franchigia € 35 a fattura	Franchigia € 25 a fattura	No franchigia
Analisi di laboratorio *Rimborsuale*	Scoperto 20% min. € 35 a fattura	Scoperto 20% min. € 25 a fattura	Scoperto 10% a fattura
Analisi di laboratorio *Ticket S.S.N.*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia

ESTENSIONE DI GARANZIA OPZIONALE OCULISTICA

OCULISTICA			
Prestazioni / Modalità	**SILVER**	**GOLD**	**DIAMOND**
Visita specialistica oculistica di controllo *Rimborsuale*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Visite oculistiche ed esami per malattie e infortuni *Rimborsuale*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia
Lenti e occhiali da vista *Rimborsuale*	Scoperto 20%	Scoperto 15%	Scoperto 10%
Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta *Rimborsuale*	Scoperto 25%	Scoperto 15%	Scoperto 10%
Indennità sostitutiva S.S.N. *Rimborsuale*	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia	No scoperto No franchigia

ESTENSIONI DI GARANZIA OPZIONALI FISIOTERAPIA E CURE DENTARIE

Non sono previsti franchigie o scoperti per le prestazioni delle estensioni di garanzia opzionali Fisioterapia e Cure Dentarie.

ALLEGATO 2 - TABELLE DEI COEFFICIENTI

Copertura Principale Opzione Silver

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
2	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
3	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
4	1,4897	1,4853	1,4900	1,4939
5	1,4015	1,4060	1,4025	1,4026
6	1,3607	1,3562	1,3580	1,3623
7	1,3076	1,3083	1,3093	1,3075
8	1,2681	1,2695	1,2698	1,2699
9	1,2402	1,2387	1,2376	1,2388
10	1,4574	1,4522	1,4542	1,4535
11	1,0092	1,0098	1,0147	1,0149
12	1,0107	1,0117	1,0161	1,0164
13	1,0107	1,0110	1,0185	1,0175
14	1,0116	1,0126	1,0176	1,0186
15	1,0121	1,0126	1,0191	1,0192
16	1,0131	1,0144	1,0205	1,0208
17	1,0130	1,0139	1,0218	1,0220
18	1,0150	1,0154	1,0217	1,0219
19	1,0154	1,0152	1,0227	1,0232
20	1,0110	1,0133	1,0198	1,0193
21	1,0138	1,0162	1,0135	1,0202
22	1,0155	1,0161	1,0147	1,0204
23	1,0139	1,0171	1,0155	1,0211
24	1,0153	1,0171	1,0162	1,0218
25	1,0158	1,0179	1,0160	1,0220
26	1,0156	1,0188	1,0162	1,0230
27	1,0170	1,0186	1,0171	1,0230
28	1,0173	1,0187	1,0178	1,0230
29	1,0183	1,0202	1,0185	1,0247
30	1,0174	1,0195	1,0180	1,0242
31	1,0185	1,0201	1,0187	1,0246
32	1,0185	1,0213	1,0196	1,0248
33	1,0184	1,0213	1,0192	1,0254
34	1,0173	1,0329	1,0157	1,0219
35	1,0097	1,0084	1,0098	1,0061
36	1,0116	1,0092	1,0101	1,0058
37	1,0122	1,0095	1,0108	1,0064
38	1,0119	1,0102	1,0106	1,0065
39	1,0119	1,0102	1,0110	1,0073
40	1,0121	1,0107	1,0111	1,0068
41	1,0130	1,0103	1,0114	1,0073
42	1,0131	1,0106	1,0115	1,0076

43	1,0131	1,0108	1,0117	1,0076
44	1,0130	1,0108	1,0120	1,0079
45	1,0136	1,0112	1,0121	1,0076
46	1,0138	1,0115	1,0120	1,0086
47	1,0135	1,0114	1,0130	1,0080
48	1,0142	1,0115	1,0125	1,0085
49	1,0137	1,0116	1,0129	1,0083
50	1,0596	1,0609	1,0638	1,0603
51	1,0143	1,0123	1,0134	1,0082
52	1,0148	1,0123	1,0136	1,0084
53	1,0146	1,0130	1,0131	1,0087
54	1,0097	1,0086	1,0090	1,0066
55	1,0158	1,0115	1,0046	1,0081
56	1,0423	1,0420	1,0352	1,0391
57	1,0441	1,0424	1,0356	1,0403
58	1,0459	1,0441	1,0364	1,0412
59	1,0470	1,0443	1,0370	1,0417
60	1,0481	1,0456	1,0379	1,0429
61	1,0128	1,0110	1,0058	1,0060
62	1,0129	1,0109	1,0058	1,0058
63	1,0125	1,0106	1,0058	1,0062
64	1,0133	1,0110	1,0059	1,0060
65	1,0129	1,0112	1,0057	1,0062
66	1,0343	1,0244	1,0120	1,0204
67	1,0348	1,0249	1,0114	1,0202
68	1,0355	1,0247	1,0114	1,0204
69	1,0356	1,0253	1,0117	1,0205
70	1,0365	1,0252	1,0116	1,0208
71	1,0158	1,0222	1,0208	1,0217
72	1,0156	1,0221	1,0213	1,0219
73	1,0179	1,0229	1,0249	1,0240
74	1,0181	1,0230	1,0253	1,0242
75	1,0179	1,0230	1,0252	1,0241
76	1,0178	1,0229	1,0253	1,0242
77	1,0182	1,0232	1,0250	1,0243
78	1,0181	1,0230	1,0250	1,0244
79	1,0177	1,0234	1,0253	1,0243
80	1,0181	1,0235	1,0249	1,0243
81	1,0363	1,0362	1,0366	1,0367
82	1,0373	1,0370	1,0376	1,0377
83	1,0374	1,0372	1,0378	1,0378
84	1,0378	1,0375	1,0379	1,0380
85	1,0380	1,0378	1,0380	1,0384
86	1,0384	1,0381	1,0383	1,0387
87	1,0384	1,0383	1,0386	1,0389
88	1,0386	1,0386	1,0388	1,0391
89	1,0390	1,0390	1,0390	1,0394
90	1,0393	1,0392	1,0392	1,0396

Copertura Principale Opzione Gold

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
2	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
3	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
4	1,4963	1,4950	1,4928	1,4991
5	1,4065	1,4079	1,4040	1,4045
6	1,3618	1,3584	1,3637	1,3589
7	1,3080	1,3102	1,3090	1,3117
8	1,2713	1,2693	1,2699	1,2697
9	1,2398	1,2401	1,2387	1,2402
10	1,4606	1,4533	1,4545	1,4537
11	1,0170	1,0185	1,0241	1,0251
12	1,0182	1,0203	1,0245	1,0266
13	1,0197	1,0210	1,0260	1,0285
14	1,0199	1,0224	1,0271	1,0300
15	1,0222	1,0234	1,0285	1,0308
16	1,0223	1,0246	1,0301	1,0322
17	1,0238	1,0256	1,0309	1,0330
18	1,0246	1,0261	1,0318	1,0343
19	1,0249	1,0275	1,0327	1,0350
20	1,0225	1,0210	1,0293	1,0299
21	1,0198	1,0295	1,0287	1,0298
22	1,0223	1,0301	1,0302	1,0312
23	1,0226	1,0308	1,0303	1,0309
24	1,0224	1,0315	1,0317	1,0324
25	1,0233	1,0318	1,0315	1,0322
26	1,0237	1,0324	1,0319	1,0325
27	1,0241	1,0325	1,0323	1,0332
28	1,0250	1,0332	1,0327	1,0331
29	1,0249	1,0330	1,0330	1,0332
30	1,0250	1,0337	1,0331	1,0338
31	1,0251	1,0330	1,0335	1,0341
32	1,0258	1,0340	1,0335	1,0340
33	1,0263	1,0333	1,0335	1,0337
34	1,0227	1,0602	1,0282	1,0319
35	1,0118	1,0053	1,0050	1,0034
36	1,0132	1,0058	1,0054	1,0036
37	1,0138	1,0059	1,0052	1,0038
38	1,0137	1,0058	1,0059	1,0038
39	1,0143	1,0062	1,0060	1,0046
40	1,0149	1,0066	1,0058	1,0044
41	1,0145	1,0069	1,0066	1,0041
42	1,0149	1,0069	1,0064	1,0045
43	1,0148	1,0070	1,0064	1,0046
44	1,0153	1,0071	1,0063	1,0040

45	1,0151	1,0071	1,0066	1,0046
46	1,0159	1,0075	1,0064	1,0047
47	1,0157	1,0070	1,0072	1,0044
48	1,0157	1,0073	1,0075	1,0047
49	1,0155	1,0078	1,0071	1,0052
50	1,0465	1,0395	1,0417	1,0396
51	1,0164	1,0080	1,0078	1,0051
52	1,0163	1,0084	1,0076	1,0053
53	1,0168	1,0079	1,0079	1,0053
54	1,0138	1,0041	1,0059	1,0013
55	1,0092	1,0086	1,0037	1,0062
56	1,0272	1,0322	1,0247	1,0272
57	1,0289	1,0333	1,0255	1,0281
58	1,0298	1,0347	1,0263	1,0289
59	1,0315	1,0362	1,0275	1,0297
60	1,0323	1,0378	1,0281	1,0307
61	1,0080	1,0048	1,0045	1,0047
62	1,0085	1,0049	1,0046	1,0048
63	1,0081	1,0048	1,0045	1,0048
64	1,0084	1,0048	1,0046	1,0048
65	1,0082	1,0049	1,0045	1,0050
66	1,0231	1,0165	1,0099	1,0170
67	1,0237	1,0172	1,0096	1,0173
68	1,0243	1,0173	1,0098	1,0173
69	1,0244	1,0170	1,0100	1,0179
70	1,0251	1,0175	1,0100	1,0177
71	1,0163	1,0168	1,0158	1,0170
72	1,0165	1,0172	1,0163	1,0172
73	1,0185	1,0178	1,0187	1,0192
74	1,0188	1,0176	1,0190	1,0189
75	1,0187	1,0184	1,0189	1,0190
76	1,0188	1,0178	1,0191	1,0193
77	1,0191	1,0181	1,0190	1,0196
78	1,0190	1,0184	1,0192	1,0197
79	1,0192	1,0185	1,0195	1,0196
80	1,0196	1,0188	1,0193	1,0198
81	1,0294	1,0292	1,0290	1,0299
82	1,0303	1,0297	1,0299	1,0307
83	1,0307	1,0302	1,0302	1,0312
84	1,0312	1,0306	1,0307	1,0316
85	1,0315	1,0311	1,0310	1,0320
86	1,0320	1,0316	1,0315	1,0323
87	1,0324	1,0320	1,0318	1,0328
88	1,0328	1,0324	1,0322	1,0331
89	1,0333	1,0329	1,0326	1,0336
90	1,0337	1,0333	1,0330	1,0339

Copertura Principale Opzione Diamond

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
2	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
3	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
4	1,5119	1,5099	1,5063	1,5058
5	1,4123	1,4124	1,4132	1,4134
6	1,3639	1,3625	1,3660	1,3647
7	1,3108	1,3119	1,3098	1,3110
8	1,2703	1,2706	1,2725	1,2705
9	1,2410	1,2408	1,2406	1,2398
10	1,4647	1,4554	1,4553	1,4550
11	1,0194	1,0211	1,0239	1,0250
12	1,0205	1,0230	1,0244	1,0262
13	1,0223	1,0244	1,0259	1,0284
14	1,0236	1,0250	1,0274	1,0292
15	1,0249	1,0272	1,0289	1,0304
16	1,0255	1,0277	1,0295	1,0319
17	1,0268	1,0292	1,0308	1,0327
18	1,0275	1,0299	1,0314	1,0335
19	1,0283	1,0305	1,0323	1,0345
20	1,0231	1,0278	1,0298	1,0315
21	1,0151	1,0213	1,0258	1,0302
22	1,0163	1,0227	1,0284	1,0304
23	1,0171	1,0228	1,0283	1,0316
24	1,0176	1,0240	1,0288	1,0319
25	1,0179	1,0241	1,0293	1,0321
26	1,0190	1,0251	1,0301	1,0325
27	1,0188	1,0253	1,0297	1,0331
28	1,0190	1,0256	1,0307	1,0334
29	1,0202	1,0261	1,0306	1,0333
30	1,0201	1,0265	1,0308	1,0335
31	1,0207	1,0266	1,0316	1,0340
32	1,0205	1,0268	1,0313	1,0337
33	1,0210	1,0363	1,0315	1,0343
34	1,0179	1,0243	1,0274	1,0320
35	1,0144	1,0084	1,0050	1,0029
36	1,0161	1,0092	1,0055	1,0030
37	1,0168	1,0097	1,0058	1,0031
38	1,0166	1,0093	1,0058	1,0032
39	1,0170	1,0100	1,0058	1,0032
40	1,0170	1,0102	1,0062	1,0032
41	1,0174	1,0102	1,0059	1,0033
42	1,0171	1,0105	1,0066	1,0035
43	1,0181	1,0107	1,0068	1,0031
44	1,0177	1,0106	1,0068	1,0034

45	1,0177	1,0110	1,0069	1,0038
46	1,0181	1,0112	1,0072	1,0036
47	1,0181	1,0113	1,0070	1,0039
48	1,0182	1,0114	1,0069	1,0038
49	1,0184	1,0115	1,0072	1,0039
50	1,0433	1,0384	1,0344	1,0316
51	1,0186	1,0117	1,0077	1,0040
52	1,0189	1,0122	1,0076	1,0042
53	1,0187	1,0123	1,0081	1,0042
54	1,0137	1,0106	1,0051	1,0012
55	1,0071	1,0066	1,0032	1,0061
56	1,0220	1,0229	1,0208	1,0232
57	1,0231	1,0239	1,0215	1,0247
58	1,0241	1,0246	1,0225	1,0253
59	1,0250	1,0253	1,0227	1,0262
60	1,0265	1,0322	1,0237	1,0271
61	1,0057	1,0050	1,0042	1,0049
62	1,0056	1,0050	1,0041	1,0050
63	1,0057	1,0049	1,0042	1,0051
64	1,0056	1,0050	1,0044	1,0052
65	1,0057	1,0048	1,0041	1,0050
66	1,0192	1,0126	1,0078	1,0136
67	1,0196	1,0190	1,0075	1,0137
68	1,0203	1,0193	1,0079	1,0138
69	1,0207	1,0195	1,0078	1,0139
70	1,0214	1,0201	1,0082	1,0141
71	1,0134	1,0150	1,0138	1,0150
72	1,0139	1,0153	1,0142	1,0151
73	1,0171	1,0169	1,0193	1,0189
74	1,0178	1,0172	1,0192	1,0191
75	1,0177	1,0174	1,0193	1,0191
76	1,0180	1,0175	1,0193	1,0192
77	1,0179	1,0173	1,0195	1,0193
78	1,0181	1,0175	1,0196	1,0195
79	1,0181	1,0178	1,0197	1,0195
80	1,0184	1,0179	1,0194	1,0195
81	1,0263	1,0263	1,0266	1,0270
82	1,0276	1,0271	1,0278	1,0282
83	1,0279	1,0275	1,0281	1,0285
84	1,0283	1,0279	1,0284	1,0288
85	1,0287	1,0284	1,0286	1,0291
86	1,0291	1,0287	1,0289	1,0295
87	1,0295	1,0292	1,0294	1,0298
88	1,0299	1,0296	1,0296	1,0301
89	1,0303	1,0300	1,0299	1,0305
90	1,0307	1,0304	1,0302	1,0308

Estensione di garanzia opzionale Fisioterapia Opzione Silver

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
2	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
3	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
4	1,6569	1,6429	1,6463	1,6438
5	1,4890	1,4862	1,4959	1,4867
6	1,3964	1,3963	1,3950	1,3990
7	1,3326	1,3314	1,3327	1,3327
8	1,2878	1,2876	1,2883	1,2894
9	1,2531	1,2533	1,2514	1,2521
10	1,4759	1,4761	1,4756	1,4766
11	1,0067	1,0030	1,0050	1,0012
12	1,0073	1,0030	1,0062	1,0011
13	1,0079	1,0030	1,0062	1,0011
14	1,0078	1,0042	1,0061	1,0017
15	1,0091	1,0041	1,0079	1,0011
16	1,0090	1,0041	1,0079	1,0011
17	1,0102	1,0041	1,0078	1,0023
18	1,0101	1,0041	1,0089	1,0023
19	1,0112	1,0052	1,0089	1,0023
20	1,0111	1,0052	1,0100	1,0023
21	1,0140	1,0133	1,0110	1,0130
22	1,0150	1,0131	1,0120	1,0140
23	1,0142	1,0129	1,0130	1,0138
24	1,0152	1,0139	1,0117	1,0152
25	1,0161	1,0142	1,0133	1,0150
26	1,0159	1,0151	1,0142	1,0158
27	1,0167	1,0149	1,0140	1,0161
28	1,0170	1,0162	1,0138	1,0158
29	1,0178	1,0160	1,0152	1,0161
30	1,0180	1,0162	1,0149	1,0168
31	1,0182	1,0170	1,0152	1,0170
32	1,0179	1,0172	1,0150	1,0182
33	1,0191	1,0179	1,0158	1,0179
34	1,0192	1,0171	1,0160	1,0180
35	1,0029	1,0019	1,0029	1,0009
36	1,0029	1,0019	1,0029	1,0009
37	1,0029	1,0019	1,0019	1,0009
38	1,0038	1,0019	1,0028	1,0009
39	1,0029	1,0019	1,0028	1,0009
40	1,0038	1,0018	1,0028	1,0009
41	1,0038	1,0018	1,0028	1,0009
42	1,0028	1,0018	1,0028	1,0009
43	1,0038	1,0018	1,0028	1,0009
44	1,0028	1,0018	1,0028	1,0018

45	1,0042	1,0018	1,0028	1,0009
46	1,0042	1,0018	1,0028	1,0009
47	1,0042	1,0018	1,0028	1,0018
48	1,0042	1,0018	1,0032	1,0018
49	1,0041	1,0032	1,0041	1,0009
50	1,0041	1,0018	1,0041	1,0018
51	1,0041	1,0032	1,0041	1,0018
52	1,0041	1,0018	1,0041	1,0018
53	1,0041	1,0031	1,0041	1,0022
54	1,0050	1,0031	1,0041	1,0022
55	1,0031	1,0080	1,0058	1,0111
56	1,0031	1,0080	1,0058	1,0109
57	1,0040	1,0079	1,0062	1,0099
58	1,0031	1,0092	1,0062	1,0111
59	1,0040	1,0078	1,0061	1,0110
60	1,0040	1,0090	1,0061	1,0109
61	1,0040	1,0081	1,0061	1,0112
62	1,0039	1,0089	1,0060	1,0111
63	1,0039	1,0092	1,0060	1,0109
64	1,0039	1,0091	1,0059	1,0108
65	1,0039	1,0090	1,0072	1,0119
66	1,0039	1,0090	1,0059	1,0110
67	1,0039	1,0089	1,0071	1,0109
68	1,0038	1,0092	1,0070	1,0119
69	1,0038	1,0091	1,0070	1,0121
70	1,0038	1,0090	1,0061	1,0109
71	1,0038	1,0089	1,0069	1,0119
72	1,0042	1,0089	1,0068	1,0121
73	1,0239	1,0210	1,0232	1,0192
74	1,0242	1,0198	1,0231	1,0199
75	1,0232	1,0198	1,0229	1,0191
76	1,0231	1,0202	1,0220	1,0191
77	1,0229	1,0201	1,0219	1,0191
78	1,0220	1,0190	1,0222	1,0191
79	1,0219	1,0200	1,0220	1,0190
80	1,0222	1,0190	1,0219	1,0190
81	-	-	-	-
82	-	-	-	-
83	-	-	-	-
84	-	-	-	-
85	-	-	-	-
86	-	-	-	-
87	-	-	-	-
88	-	-	-	-
89	-	-	-	-
90	-	-	-	-

Estensione di garanzia opzionale Fisioterapia Opzione Gold

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
2	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
3	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
4	1,6488	1,6476	1,6419	1,6496
5	1,4882	1,4920	1,4901	1,4896
6	1,3996	1,3978	1,3954	1,3965
7	1,3324	1,3333	1,3338	1,3325
8	1,2868	1,2865	1,2870	1,2879
9	1,2527	1,2534	1,2540	1,2533
10	1,4762	1,4758	1,4753	1,4760
11	1,0058	1,0028	1,0051	1,0031
12	1,0058	1,0040	1,0051	1,0039
13	1,0071	1,0040	1,0059	1,0039
14	1,0070	1,0040	1,0059	1,0039
15	1,0070	1,0052	1,0071	1,0050
16	1,0078	1,0051	1,0071	1,0050
17	1,0090	1,0051	1,0079	1,0050
18	1,0090	1,0051	1,0078	1,0061
19	1,0089	1,0059	1,0090	1,0061
20	1,0101	1,0058	1,0089	1,0060
21	1,0079	1,0081	1,0100	1,0090
22	1,0091	1,0080	1,0099	1,0089
23	1,0090	1,0091	1,0098	1,0099
24	1,0089	1,0090	1,0109	1,0098
25	1,0100	1,0089	1,0111	1,0101
26	1,0099	1,0100	1,0122	1,0100
27	1,0098	1,0099	1,0120	1,0109
28	1,0109	1,0101	1,0119	1,0108
29	1,0112	1,0111	1,0128	1,0121
30	1,0122	1,0110	1,0130	1,0119
31	1,0109	1,0109	1,0129	1,0121
32	1,0119	1,0121	1,0131	1,0130
33	1,0121	1,0120	1,0139	1,0132
34	1,0120	1,0119	1,0141	1,0130
35	1,0039	1,0020	1,0020	1,0010
36	1,0039	1,0020	1,0020	1,0010
37	1,0039	1,0020	1,0020	1,0010
38	1,0039	1,0020	1,0020	1,0010
39	1,0039	1,0020	1,0020	1,0010
40	1,0039	1,0020	1,0020	1,0010
41	1,0049	1,0020	1,0020	1,0010
42	1,0049	1,0020	1,0020	1,0010
43	1,0049	1,0020	1,0020	1,0010
44	1,0048	1,0030	1,0020	1,0010

45	1,0052	1,0020	1,0020	1,0010
46	1,0051	1,0029	1,0020	1,0010
47	1,0051	1,0029	1,0030	1,0010
48	1,0061	1,0029	1,0020	1,0009
49	1,0050	1,0029	1,0030	1,0009
50	1,0060	1,0029	1,0030	1,0009
51	1,0060	1,0029	1,0029	1,0009
52	1,0060	1,0029	1,0029	1,0009
53	1,0059	1,0029	1,0029	1,0009
54	1,0059	1,0029	1,0029	1,0009
55	1,0039	1,0089	1,0061	1,0101
56	1,0039	1,0088	1,0061	1,0100
57	1,0039	1,0091	1,0061	1,0099
58	1,0039	1,0090	1,0060	1,0101
59	1,0042	1,0089	1,0060	1,0100
60	1,0041	1,0091	1,0060	1,0099
61	1,0041	1,0091	1,0059	1,0101
62	1,0041	1,0090	1,0059	1,0100
63	1,0041	1,0089	1,0059	1,0110
64	1,0041	1,0100	1,0061	1,0109
65	1,0041	1,0090	1,0061	1,0099
66	1,0050	1,0089	1,0061	1,0110
67	1,0040	1,0089	1,0069	1,0111
68	1,0049	1,0099	1,0060	1,0110
69	1,0049	1,0101	1,0071	1,0109
70	1,0040	1,0089	1,0071	1,0110
71	1,0040	1,0099	1,0059	1,0109
72	1,0039	1,0090	1,0070	1,0111
73	1,0090	1,0100	1,0139	1,0151
74	1,0090	1,0099	1,0140	1,0159
75	1,0089	1,0090	1,0141	1,0149
76	1,0091	1,0089	1,0130	1,0149
77	1,0090	1,0099	1,0129	1,0150
78	1,0089	1,0101	1,0141	1,0150
79	1,0089	1,0100	1,0131	1,0150
80	1,0091	1,0101	1,0129	1,0150
81	-	-	-	-
82	-	-	-	-
83	-	-	-	-
84	-	-	-	-
85	-	-	-	-
86	-	-	-	-
87	-	-	-	-
88	-	-	-	-
89	-	-	-	-
90	-	-	-	-

Estensione di garanzia opzionale Fisioterapia Opzione Diamond

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
2	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
3	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
4	1,6443	1,6490	1,6462	1,6474
5	1,4918	1,4911	1,4900	1,4912
6	1,3967	1,3965	1,3974	1,3953
7	1,3330	1,3333	1,3339	1,3331
8	1,2880	1,2874	1,2875	1,2872
9	1,2533	1,2530	1,2529	1,2528
10	1,4759	1,4759	1,4760	1,4758
11	1,0082	1,0058	1,0100	1,0061
12	1,0089	1,0071	1,0109	1,0069
13	1,0091	1,0079	1,0120	1,0070
14	1,0101	1,0080	1,0129	1,0079
15	1,0110	1,0091	1,0141	1,0080
16	1,0109	1,0090	1,0150	1,0091
17	1,0122	1,0101	1,0152	1,0089
18	1,0129	1,0100	1,0160	1,0101
19	1,0132	1,0110	1,0170	1,0100
20	1,0139	1,0109	1,0169	1,0110
21	1,0070	1,0050	1,0030	1,0050
22	1,0080	1,0048	1,0040	1,0051
23	1,0079	1,0049	1,0041	1,0051
24	1,0081	1,0060	1,0040	1,0049
25	1,0080	1,0059	1,0041	1,0050
26	1,0089	1,0059	1,0041	1,0050
27	1,0091	1,0061	1,0039	1,0060
28	1,0089	1,0069	1,0040	1,0059
29	1,0101	1,0071	1,0051	1,0060
30	1,0100	1,0069	1,0050	1,0059
31	1,0101	1,0070	1,0051	1,0069
32	1,0109	1,0080	1,0050	1,0070
33	1,0111	1,0071	1,0049	1,0071
34	1,0109	1,0080	1,0050	1,0069
35	1,0030	1,0010	1,0019	1,0010
36	1,0030	1,0010	1,0020	1,0010
37	1,0031	1,0011	1,0019	1,0011
38	1,0030	1,0010	1,0019	1,0010
39	1,0030	1,0010	1,0019	1,0010
40	1,0031	1,0010	1,0020	1,0010
41	1,0030	1,0010	1,0019	1,0010
42	1,0031	1,0010	1,0029	1,0010
43	1,0030	1,0010	1,0030	1,0010
44	1,0030	1,0010	1,0029	1,0010

45	1,0031	1,0010	1,0030	1,0010
46	1,0029	1,0010	1,0029	1,0010
47	1,0029	1,0010	1,0029	1,0010
48	1,0041	1,0010	1,0030	1,0010
49	1,0029	1,0010	1,0029	1,0010
50	1,0041	1,0010	1,0031	1,0010
51	1,0039	1,0010	1,0031	1,0010
52	1,0039	1,0010	1,0032	1,0010
53	1,0040	1,0011	1,0030	1,0010
54	1,0039	1,0010	1,0030	1,0011
55	1,0031	1,0100	1,0051	1,0109
56	1,0032	1,0100	1,0051	1,0121
57	1,0031	1,0100	1,0050	1,0109
58	1,0030	1,0100	1,0050	1,0120
59	1,0030	1,0100	1,0049	1,0120
60	1,0030	1,0099	1,0050	1,0121
61	1,0031	1,0110	1,0049	1,0119
62	1,0030	1,0111	1,0049	1,0119
63	1,0030	1,0100	1,0051	1,0121
64	1,0030	1,0110	1,0052	1,0120
65	1,0030	1,0110	1,0050	1,0122
66	1,0030	1,0110	1,0050	1,0119
67	1,0031	1,0110	1,0050	1,0120
68	1,0030	1,0111	1,0049	1,0120
69	1,0029	1,0109	1,0049	1,0120
70	1,0029	1,0110	1,0049	1,0121
71	1,0039	1,0111	1,0060	1,0121
72	1,0030	1,0109	1,0050	1,0119
73	1,0070	1,0020	1,0080	1,0031
74	1,0069	1,0019	1,0079	1,0030
75	1,0069	1,0020	1,0081	1,0031
76	1,0071	1,0020	1,0079	1,0030
77	1,0070	1,0020	1,0079	1,0031
78	1,0070	1,0019	1,0081	1,0030
79	1,0070	1,0020	1,0079	1,0030
80	1,0070	1,0020	1,0081	1,0031
81	-	-	-	-
82	-	-	-	-
83	-	-	-	-
84	-	-	-	-
85	-	-	-	-
86	-	-	-	-
87	-	-	-	-
88	-	-	-	-
89	-	-	-	-
90	-	-	-	-

Estensione di garanzia opzionale Oculistica Opzione Silver

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
2	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
3	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
4	1,5600	1,5725	1,5769	1,5733
5	1,4513	1,4424	1,4439	1,4449
6	1,5018	1,5048	1,5101	1,5073
7	1,5294	1,5265	1,5257	1,5292
8	1,4723	1,4743	1,4736	1,4733
9	1,4086	1,4094	1,4080	1,4076
10	1,7678	1,7671	1,7682	1,7687
11	1,0025	1,0057	1,0068	1,0038
12	1,0029	1,0060	1,0071	1,0038
13	1,0033	1,0067	1,0079	1,0048
14	1,0037	1,0074	1,0090	1,0051
15	1,0037	1,0078	1,0101	1,0055
16	1,0041	1,0092	1,0104	1,0061
17	1,0045	1,0094	1,0110	1,0064
18	1,0045	1,0101	1,0116	1,0070
19	1,0057	1,0107	1,0130	1,0076
20	1,0049	1,0109	1,0132	1,0076
21	1,0121	1,0091	1,0083	1,0102
22	1,0127	1,0093	1,0093	1,0104
23	1,0130	1,0096	1,0096	1,0109
24	1,0140	1,0105	1,0099	1,0111
25	1,0142	1,0104	1,0108	1,0119
26	1,0151	1,0113	1,0107	1,0121
27	1,0153	1,0112	1,0109	1,0126
28	1,0158	1,0120	1,0118	1,0130
29	1,0162	1,0125	1,0120	1,0134
30	1,0163	1,0124	1,0122	1,0139
31	1,0171	1,0128	1,0127	1,0142
32	1,0168	1,0133	1,0132	1,0143
33	1,0179	1,0134	1,0130	1,0150
34	1,0179	1,0138	1,0138	1,0150
35	1,0033	1,0065	1,0077	1,0038
36	1,0029	1,0071	1,0083	1,0041
37	1,0036	1,0073	1,0082	1,0041
38	1,0032	1,0070	1,0084	1,0041
39	1,0032	1,0075	1,0084	1,0043
40	1,0038	1,0074	1,0089	1,0046
41	1,0038	1,0080	1,0088	1,0045
42	1,0035	1,0076	1,0093	1,0048
43	1,0041	1,0081	1,0092	1,0048
44	1,0038	1,0081	1,0097	1,0050

45	1,0038	1,0083	1,0096	1,0047
46	1,0044	1,0087	1,0095	1,0052
47	1,0041	1,0087	1,0100	1,0052
48	1,0044	1,0089	1,0102	1,0052
49	1,0043	1,0088	1,0106	1,0051
50	1,0043	1,0090	1,0102	1,0059
51	1,0043	1,0092	1,0104	1,0053
52	1,0049	1,0093	1,0106	1,0058
53	1,0049	1,0095	1,0110	1,0055
54	1,0045	1,0094	1,0106	1,0060
55	1,0072	1,0045	1,0038	1,0075
56	1,0075	1,0045	1,0038	1,0074
57	1,0071	1,0045	1,0036	1,0074
58	1,0077	1,0047	1,0038	1,0078
59	1,0076	1,0047	1,0040	1,0075
60	1,0078	1,0047	1,0038	1,0079
61	1,0078	1,0049	1,0040	1,0078
62	1,0080	1,0046	1,0042	1,0080
63	1,0079	1,0053	1,0042	1,0082
64	1,0079	1,0048	1,0040	1,0081
65	1,0081	1,0050	1,0042	1,0081
66	1,0080	1,0053	1,0044	1,0085
67	1,0085	1,0052	1,0041	1,0079
68	1,0082	1,0052	1,0044	1,0088
69	1,0081	1,0054	1,0046	1,0082
70	1,0086	1,0052	1,0043	1,0084
71	1,0082	1,0056	1,0046	1,0085
72	1,0087	1,0053	1,0045	1,0085
73	1,0251	1,0247	1,0245	1,0252
74	1,0252	1,0243	1,0241	1,0248
75	1,0246	1,0241	1,0240	1,0246
76	1,0245	1,0238	1,0237	1,0242
77	1,0242	1,0235	1,0235	1,0242
78	1,0238	1,0235	1,0232	1,0235
79	1,0235	1,0230	1,0229	1,0237
80	1,0236	1,0229	1,0228	1,0231
81	-	-	-	-
82	-	-	-	-
83	-	-	-	-
84	-	-	-	-
85	-	-	-	-
86	-	-	-	-
87	-	-	-	-
88	-	-	-	-
89	-	-	-	-
90	-	-	-	-

Estensione di garanzia opzionale Oculistica Opzione Gold

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
2	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
3	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
4	1,5668	1,5699	1,5681	1,5719
5	1,4470	1,4450	1,4442	1,4439
6	1,5054	1,5057	1,5069	1,5055
7	1,5291	1,5285	1,5279	1,5284
8	1,4725	1,4732	1,4724	1,4725
9	1,4089	1,4087	1,4085	1,4083
10	1,7681	1,7679	1,7683	1,7682
11	1,0032	1,0029	1,0026	1,0028
12	1,0034	1,0036	1,0030	1,0032
13	1,0040	1,0036	1,0034	1,0039
14	1,0044	1,0042	1,0036	1,0041
15	1,0048	1,0044	1,0040	1,0043
16	1,0050	1,0047	1,0044	1,0050
17	1,0054	1,0054	1,0048	1,0050
18	1,0062	1,0058	1,0052	1,0058
19	1,0061	1,0057	1,0055	1,0056
20	1,0067	1,0065	1,0057	1,0065
21	1,0064	1,0077	1,0092	1,0072
22	1,0072	1,0078	1,0097	1,0073
23	1,0072	1,0087	1,0100	1,0078
24	1,0077	1,0086	1,0106	1,0081
25	1,0080	1,0092	1,0109	1,0085
26	1,0082	1,0095	1,0115	1,0088
27	1,0087	1,0099	1,0117	1,0092
28	1,0092	1,0102	1,0121	1,0093
29	1,0093	1,0106	1,0125	1,0101
30	1,0096	1,0108	1,0129	1,0100
31	1,0097	1,0114	1,0133	1,0105
32	1,0103	1,0114	1,0136	1,0108
33	1,0104	1,0119	1,0138	1,0110
34	1,0108	1,0121	1,0143	1,0115
35	1,0052	1,0026	1,0031	1,0024
36	1,0053	1,0025	1,0031	1,0025
37	1,0056	1,0027	1,0031	1,0027
38	1,0056	1,0027	1,0034	1,0028
39	1,0059	1,0028	1,0034	1,0030
40	1,0059	1,0028	1,0033	1,0028
41	1,0064	1,0030	1,0037	1,0029
42	1,0062	1,0031	1,0036	1,0031
43	1,0065	1,0031	1,0037	1,0031
44	1,0064	1,0033	1,0039	1,0032

45	1,0066	1,0033	1,0040	1,0034
46	1,0068	1,0032	1,0040	1,0032
47	1,0070	1,0037	1,0041	1,0033
48	1,0069	1,0032	1,0041	1,0035
49	1,0072	1,0038	1,0044	1,0038
50	1,0073	1,0037	1,0042	1,0036
51	1,0074	1,0036	1,0045	1,0036
52	1,0074	1,0036	1,0045	1,0039
53	1,0076	1,0039	1,0045	1,0037
54	1,0077	1,0041	1,0046	1,0040
55	1,0031	1,0109	1,0052	1,0111
56	1,0033	1,0112	1,0052	1,0111
57	1,0033	1,0113	1,0055	1,0114
58	1,0033	1,0114	1,0053	1,0114
59	1,0034	1,0114	1,0054	1,0117
60	1,0035	1,0114	1,0054	1,0115
61	1,0034	1,0117	1,0056	1,0117
62	1,0037	1,0117	1,0058	1,0117
63	1,0035	1,0117	1,0057	1,0120
64	1,0038	1,0117	1,0055	1,0117
65	1,0036	1,0119	1,0061	1,0120
66	1,0038	1,0120	1,0058	1,0120
67	1,0038	1,0120	1,0060	1,0121
68	1,0037	1,0120	1,0058	1,0121
69	1,0040	1,0121	1,0062	1,0121
70	1,0039	1,0122	1,0062	1,0122
71	1,0040	1,0120	1,0060	1,0123
72	1,0040	1,0121	1,0063	1,0124
73	1,0110	1,0102	1,0101	1,0117
74	1,0110	1,0102	1,0101	1,0117
75	1,0112	1,0101	1,0102	1,0119
76	1,0112	1,0102	1,0103	1,0118
77	1,0111	1,0104	1,0101	1,0119
78	1,0111	1,0101	1,0102	1,0120
79	1,0113	1,0104	1,0101	1,0119
80	1,0110	1,0103	1,0103	1,0119
81	-	-	-	-
82	-	-	-	-
83	-	-	-	-
84	-	-	-	-
85	-	-	-	-
86	-	-	-	-
87	-	-	-	-
88	-	-	-	-
89	-	-	-	-
90	-	-	-	-

Estensione di garanzia opzionale Oculistica Opzione Diamond

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
2	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
3	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
4	1,5701	1,5698	1,5710	1,5722
5	1,4444	1,4465	1,4426	1,4454
6	1,5055	1,5056	1,5065	1,5060
7	1,5292	1,5283	1,5286	1,5287
8	1,4732	1,4733	1,4728	1,4734
9	1,4087	1,4082	1,4088	1,4079
10	1,7683	1,7682	1,7683	1,7688
11	1,0031	1,0027	1,0020	1,0023
12	1,0034	1,0027	1,0026	1,0025
13	1,0039	1,0033	1,0029	1,0030
14	1,0042	1,0035	1,0031	1,0032
15	1,0046	1,0038	1,0034	1,0035
16	1,0051	1,0042	1,0037	1,0036
17	1,0056	1,0047	1,0041	1,0043
18	1,0057	1,0046	1,0044	1,0043
19	1,0061	1,0053	1,0045	1,0047
20	1,0067	1,0053	1,0048	1,0048
21	1,0088	1,0080	1,0097	1,0090
22	1,0092	1,0082	1,0099	1,0094
23	1,0096	1,0086	1,0107	1,0099
24	1,0103	1,0092	1,0110	1,0102
25	1,0104	1,0092	1,0115	1,0107
26	1,0108	1,0098	1,0119	1,0112
27	1,0114	1,0103	1,0124	1,0115
28	1,0116	1,0103	1,0126	1,0119
29	1,0123	1,0109	1,0131	1,0123
30	1,0124	1,0113	1,0135	1,0127
31	1,0128	1,0116	1,0140	1,0130
32	1,0129	1,0118	1,0142	1,0132
33	1,0134	1,0120	1,0145	1,0136
34	1,0137	1,0125	1,0148	1,0141
35	1,0038	1,0025	1,0031	1,0006
36	1,0040	1,0027	1,0031	1,0003
37	1,0042	1,0027	1,0032	1,0006
38	1,0042	1,0029	1,0035	1,0006
39	1,0043	1,0029	1,0035	1,0007
40	1,0044	1,0028	1,0035	1,0006
41	1,0045	1,0032	1,0038	1,0006
42	1,0048	1,0032	1,0038	1,0006
43	1,0047	1,0031	1,0038	1,0006
44	1,0048	1,0034	1,0039	1,0007

45	1,0049	1,0034	1,0041	1,0007
46	1,0050	1,0035	1,0041	1,0006
47	1,0053	1,0036	1,0042	1,0008
48	1,0054	1,0036	1,0042	1,0007
49	1,0052	1,0036	1,0044	1,0007
50	1,0054	1,0039	1,0044	1,0009
51	1,0056	1,0036	1,0046	1,0007
52	1,0056	1,0040	1,0046	1,0007
53	1,0058	1,0040	1,0048	1,0009
54	1,0058	1,0040	1,0047	1,0008
55	1,0030	1,0068	1,0023	1,0085
56	1,0031	1,0070	1,0022	1,0088
57	1,0032	1,0070	1,0023	1,0088
58	1,0031	1,0071	1,0024	1,0091
59	1,0033	1,0072	1,0023	1,0089
60	1,0032	1,0072	1,0025	1,0091
61	1,0033	1,0074	1,0025	1,0092
62	1,0034	1,0075	1,0025	1,0093
63	1,0034	1,0074	1,0025	1,0094
64	1,0035	1,0076	1,0026	1,0093
65	1,0035	1,0077	1,0027	1,0095
66	1,0037	1,0077	1,0027	1,0096
67	1,0036	1,0077	1,0027	1,0096
68	1,0037	1,0079	1,0027	1,0096
69	1,0037	1,0078	1,0028	1,0097
70	1,0038	1,0080	1,0028	1,0098
71	1,0037	1,0080	1,0028	1,0098
72	1,0038	1,0081	1,0029	1,0098
73	1,0127	1,0147	1,0143	1,0101
74	1,0126	1,0145	1,0144	1,0100
75	1,0128	1,0147	1,0142	1,0101
76	1,0126	1,0144	1,0142	1,0102
77	1,0129	1,0145	1,0143	1,0101
78	1,0126	1,0146	1,0143	1,0103
79	1,0128	1,0145	1,0141	1,0103
80	1,0128	1,0145	1,0142	1,0102
81	-	-	-	-
82	-	-	-	-
83	-	-	-	-
84	-	-	-	-
85	-	-	-	-
86	-	-	-	-
87	-	-	-	-
88	-	-	-	-
89	-	-	-	-
90	-	-	-	-

Estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie Opzione Silver

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,0969	1,0967	1,0820	1,0860
2	1,1261	1,1245	1,1061	1,1109
3	1,1442	1,1447	1,1264	1,1316
4	1,1521	1,1517	1,1341	1,1389
5	1,1478	1,1480	1,1330	1,1372
6	1,2632	1,2623	1,2388	1,2179
7	1,1028	1,1029	1,0954	1,0995
8	1,0840	1,0835	1,0781	1,0814
9	1,0643	1,0644	1,0603	1,0628
10	1,0006	1,0004	1,0005	1,0004
11	1,0007	1,0008	1,0007	1,0007
12	1,0007	1,0007	1,0007	1,0007
13	1,0007	1,0006	1,0003	1,0004
14	1,0007	1,0008	1,0007	1,0009
15	1,0008	1,0008	1,0009	1,0007
16	0,9135	0,9134	0,9182	0,9512
17	0,9931	0,9931	0,9939	0,9939
18	0,9619	0,9620	0,9642	0,9642
19	0,9602	0,9603	0,9629	0,9629
20	0,9603	0,9607	0,9633	0,9633
21	0,9850	0,9848	0,9857	0,9857
22	0,9884	0,9885	0,9896	0,9896
23	0,9925	0,9923	0,9930	0,9930
24	0,9966	0,9966	0,9969	0,9969
25	1,0014	1,0018	1,0013	1,0013
26	1,0057	1,0053	1,0053	1,0053
27	1,0104	1,0101	1,0096	1,0096
28	1,0143	1,0145	1,0128	1,0128
29	1,0182	1,0183	1,0173	1,0173
30	1,0219	1,0220	1,0200	1,0200
31	1,0031	1,0031	1,0029	1,0029
32	1,0090	1,0086	1,0082	1,0082
33	1,0148	1,0152	1,0139	1,0139
34	1,0204	1,0202	1,0195	1,0195
35	1,0263	1,0262	1,0243	1,0243
36	1,0310	1,0311	1,0289	1,0289
37	1,0359	1,0360	1,0335	1,0335
38	1,0402	1,0402	1,0382	1,0382
39	1,0443	1,0442	1,0415	1,0415
40	1,0475	1,0471	1,0446	1,0446
41	1,0505	1,0503	1,0475	1,0475
42	1,0518	1,0520	1,0495	1,0495
43	1,0535	1,0531	1,0505	1,0505
44	1,0536	1,0538	1,0515	1,0515

45	1,0533	1,0532	1,0509	1,0509
46	1,0525	1,0520	1,0500	1,0500
47	1,0499	1,0502	1,0481	1,0481
48	1,0471	1,0471	1,0453	1,0453
49	1,0435	1,0435	1,0420	1,0420
50	1,0394	1,0392	1,0378	1,0378
51	1,0341	1,0342	1,0330	1,0330
52	1,0284	1,0283	1,0274	1,0274
53	1,0220	1,0222	1,0216	1,0216
54	1,0155	1,0155	1,0149	1,0149
55	1,0085	1,0085	1,0081	1,0081
56	1,0013	1,0012	1,0013	1,0013
57	0,9939	0,9937	0,9938	0,9938
58	0,9864	0,9866	0,9871	0,9871
59	0,9794	0,9794	0,9800	0,9800
60	0,9724	0,9724	0,9734	0,9734
61	0,9660	0,9659	0,9669	0,9669
62	0,9600	0,9600	0,9612	0,9612
63	0,9546	0,9547	0,9564	0,9564
64	0,9503	0,9502	0,9521	0,9521
65	0,9465	0,9468	0,9489	0,9489
66	0,9446	0,9447	0,9467	0,9467
67	0,9432	0,9432	0,9454	0,9454
68	0,9438	0,9436	0,9462	0,9462
69	0,9450	0,9451	0,9478	0,9478
70	0,9487	0,9487	0,9513	0,9513
71	0,9534	0,9537	0,9561	0,9561
72	0,9609	0,9606	0,9630	0,9630
73	0,9697	0,9697	0,9711	0,9711
74	1,2226	1,2229	1,2100	1,2100
75	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
76	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
77	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
78	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
79	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
80	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
81	-	-	-	-
82	-	-	-	-
83	-	-	-	-
84	-	-	-	-
85	-	-	-	-
86	-	-	-	-
87	-	-	-	-
88	-	-	-	-
89	-	-	-	-
90	-	-	-	-

Estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie Opzione Gold

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,0965	1,0967	1,0818	1,0865
2	1,1264	1,1243	1,1065	1,1110
3	1,1438	1,1445	1,1264	1,1315
4	1,1523	1,1517	1,1340	1,1385
5	1,1481	1,1479	1,1329	1,1369
6	1,2630	1,2624	1,2387	1,2180
7	1,1030	1,1030	1,0954	1,0999
8	1,0836	1,0835	1,0784	1,0814
9	1,0645	1,0643	1,0602	1,0623
10	1,0005	1,0005	1,0004	1,0007
11	1,0009	1,0008	1,0008	1,0005
12	1,0005	1,0007	1,0005	1,0009
13	1,0009	1,0007	1,0007	1,0004
14	1,0008	1,0009	1,0006	1,0007
15	1,0008	1,0008	1,0007	1,0009
16	0,9135	0,9134	0,9183	0,9513
17	0,9930	0,9932	0,9940	0,9940
18	0,9621	0,9621	0,9640	0,9640
19	0,9600	0,9604	0,9631	0,9631
20	0,9606	0,9603	0,9630	0,9630
21	0,9850	0,9852	0,9860	0,9860
22	0,9882	0,9882	0,9896	0,9896
23	0,9924	0,9923	0,9928	0,9928
24	0,9966	0,9968	0,9970	0,9970
25	1,0016	1,0017	1,0014	1,0014
26	1,0057	1,0055	1,0054	1,0054
27	1,0102	1,0098	1,0095	1,0095
28	1,0144	1,0144	1,0131	1,0131
29	1,0183	1,0184	1,0169	1,0169
30	1,0219	1,0219	1,0201	1,0201
31	1,0029	1,0033	1,0028	1,0028
32	1,0092	1,0087	1,0083	1,0083
33	1,0150	1,0151	1,0140	1,0140
34	1,0201	1,0203	1,0194	1,0194
35	1,0263	1,0261	1,0243	1,0243
36	1,0312	1,0311	1,0287	1,0287
37	1,0358	1,0362	1,0336	1,0336
38	1,0403	1,0403	1,0382	1,0382
39	1,0442	1,0441	1,0416	1,0416
40	1,0475	1,0470	1,0445	1,0445
41	1,0504	1,0504	1,0475	1,0475
42	1,0520	1,0519	1,0496	1,0496
43	1,0532	1,0532	1,0503	1,0503
44	1,0537	1,0538	1,0516	1,0516

45	1,0534	1,0532	1,0509	1,0509
46	1,0523	1,0520	1,0499	1,0499
47	1,0498	1,0502	1,0481	1,0481
48	1,0473	1,0472	1,0453	1,0453
49	1,0435	1,0434	1,0420	1,0420
50	1,0393	1,0392	1,0378	1,0378
51	1,0341	1,0342	1,0331	1,0331
52	1,0284	1,0283	1,0274	1,0274
53	1,0220	1,0222	1,0215	1,0215
54	1,0154	1,0154	1,0150	1,0150
55	1,0086	1,0086	1,0081	1,0081
56	1,0013	1,0011	1,0013	1,0013
57	0,9939	0,9937	0,9938	0,9938
58	0,9864	0,9867	0,9871	0,9871
59	0,9794	0,9793	0,9799	0,9799
60	0,9724	0,9724	0,9735	0,9735
61	0,9660	0,9658	0,9669	0,9669
62	0,9600	0,9599	0,9612	0,9612
63	0,9546	0,9548	0,9564	0,9564
64	0,9503	0,9503	0,9520	0,9520
65	0,9465	0,9468	0,9489	0,9489
66	0,9444	0,9446	0,9467	0,9467
67	0,9434	0,9433	0,9455	0,9455
68	0,9437	0,9436	0,9461	0,9461
69	0,9449	0,9452	0,9478	0,9478
70	0,9487	0,9486	0,9514	0,9514
71	0,9535	0,9536	0,9558	0,9558
72	0,9609	0,9607	0,9632	0,9632
73	0,9696	0,9697	0,9710	0,9710
74	1,2227	1,2229	1,2100	1,2100
75	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
76	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
77	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
78	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
79	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
80	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
81	-	-	-	-
82	-	-	-	-
83	-	-	-	-
84	-	-	-	-
85	-	-	-	-
86	-	-	-	-
87	-	-	-	-
88	-	-	-	-
89	-	-	-	-
90	-	-	-	-

Estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie Opzione Diamond

Età	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole
0	-	-	-	-
1	1,1813	1,1844	1,1918	1,1848
2	1,1864	1,1867	1,1880	1,1860
3	1,1822	1,1820	1,1777	1,1797
4	1,1697	1,1688	1,1616	1,1666
5	1,1517	1,1500	1,1418	1,1476
6	1,1866	1,1801	1,1479	1,1619
7	1,1009	1,1000	1,0944	1,0994
8	1,0786	1,0776	1,0724	1,0771
9	1,0571	1,0563	1,0515	1,0556
10	1,0155	1,0163	1,0207	1,0173
11	1,0058	1,0062	1,0075	1,0064
12	0,9972	0,9969	0,9958	0,9965
13	0,9897	0,9890	0,9856	0,9883
14	0,9834	0,9823	0,9771	0,9811
15	0,9788	0,9773	0,9703	0,9757
16	0,9318	0,9334	0,9421	0,9504
17	0,9679	0,9664	0,9588	0,9653
18	0,9506	0,9503	0,9480	0,9502
19	0,9489	0,9482	0,9462	0,9485
20	0,9485	0,9483	0,9459	0,9482
21	0,9662	0,9641	0,9557	0,9633
22	0,9697	0,9680	0,9587	0,9664
23	0,9741	0,9723	0,9626	0,9707
24	0,9793	0,9771	0,9673	0,9758
25	0,9848	0,9829	0,9722	0,9810
26	0,9902	0,9882	0,9778	0,9864
27	0,9957	0,9939	0,9834	0,9921
28	1,0013	0,9994	0,9887	0,9972
29	1,0063	1,0045	0,9943	1,0026
30	1,0109	1,0091	0,9995	1,0070
31	0,9968	0,9960	0,9927	0,9957
32	1,0027	1,0021	0,9981	1,0011
33	1,0084	1,0078	1,0033	1,0069
34	1,0140	1,0130	1,0078	1,0119
35	1,0189	1,0180	1,0119	1,0164
36	1,0234	1,0224	1,0158	1,0211
37	1,0278	1,0264	1,0187	1,0244
38	1,0311	1,0298	1,0216	1,0282
39	1,0344	1,0328	1,0237	1,0307
40	1,0368	1,0350	1,0253	1,0332
41	1,0387	1,0372	1,0265	1,0348
42	1,0403	1,0383	1,0271	1,0359
43	1,0410	1,0394	1,0274	1,0365
44	1,0413	1,0393	1,0272	1,0369

45	1,0408	1,0390	1,0268	1,0367
46	1,0399	1,0380	1,0259	1,0357
47	1,0382	1,0366	1,0246	1,0341
48	1,0362	1,0345	1,0231	1,0322
49	1,0333	1,0318	1,0213	1,0300
50	1,0302	1,0288	1,0190	1,0269
51	1,0262	1,0250	1,0166	1,0235
52	1,0218	1,0209	1,0140	1,0198
53	1,0175	1,0166	1,0110	1,0154
54	1,0121	1,0117	1,0080	1,0110
55	1,0071	1,0067	1,0051	1,0065
56	1,0016	1,0018	1,0022	1,0018
57	0,9965	0,9968	0,9994	0,9973
58	0,9915	0,9922	0,9972	0,9930
59	0,9868	0,9879	0,9955	0,9893
60	0,9828	0,9842	0,9945	0,9860
61	0,9795	0,9813	0,9942	0,9834
62	0,9770	0,9793	0,9951	0,9820
63	0,9755	0,9781	0,9963	0,9812
64	0,9748	0,9778	0,9984	0,9816
65	0,9748	0,9782	1,0003	0,9822
66	0,9752	0,9789	1,0014	0,9828
67	0,9807	0,9847	1,0102	0,9893
68	0,9607	0,9627	0,9754	0,9653
69	0,9624	0,9645	0,9769	0,9672
70	0,9655	0,9675	0,9791	0,9700
71	0,9695	0,9712	0,9817	0,9735
72	0,9743	0,9759	0,9848	0,9778
73	0,9805	0,9818	0,9887	0,9834
74	1,1412	1,1323	1,0818	1,1211
75	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
76	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
77	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
78	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
79	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
80	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
81	-	-	-	-
82	-	-	-	-
83	-	-	-	-
84	-	-	-	-
85	-	-	-	-
86	-	-	-	-
87	-	-	-	-
88	-	-	-	-
89	-	-	-	-
90	-	-	-	-

ALLEGATO 3 - FAC-SIMILE DEI QUESTIONARI SANITARI

SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO

Il presente questionario serve per verificare se Intesa Sanpaolo Protezione può accettare il rischio per il Modulo Spese Mediche in relazione all'attuale stato di salute (assumibilità del rischio) dell'Assicurato (**Nome/ Cognome**).

AVVERTENZA
Si ricorda che, in base al "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.
Ai fini della formazione dell'oblio oncologico, per "conclusione del trattamento attivo della patologia" si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.
Nel presente questionario, le domande sulle patologie oncologiche e relative cure sono state formulate tenendo conto del "diritto all'oblio oncologico."

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

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

N	Domande specifiche Copertura Principale	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	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas (compreso diabete), del fegato, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o del sistema endocrino e/o da una neoplasia maligna? Si precisa di rispondere "NO" nel caso di malattia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024	SI - NO

2.1	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia del fegato diversa da Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronicizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica e/o angioma epatico e/o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ? Si precisa di rispondere "NO" nel caso di malattia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024	SI - NO
2.1.1	Negli ultimi 5 anni sei stato affetto da una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o del sistema endocrino? Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia, diabete, asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite, ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali, tiroide di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo. Si precisa di rispondere "No" nel caso in cui l'Assicurato non sia affetto da alcuna patologia o sia affetto da una o più patologie indicate come non rilevanti (è possibile selezionare più di una risposta diversa da ""No"")	- Malattia cardiovascolare - Malattia dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) - Malattia del pancreas - Malattia del/i polmone/i - Malattia del sistema urologico - Malattia del sistema endocrino (compreso diabete mellito) - No
3	Stai attualmente seguendo cure per una malattia cardiovascolare, dei vasi cerebrali, del pancreas (escluso diabete), del fegato, del/i polmone/i, del sistema urologico e/o del sistema endocrino (compreso diabete mellito) e/o da una neoplasia maligna?	SI - NO
3.1	Stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) e/o per malattie del pancreas (escluso diabete), che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) e/o stai attualmente seguendo cure (ad es. farmaci, chemioterapia, radioterapia) per neoplasie maligne?	SI - NO
3.2	Stai attualmente seguendo cure per malattie cardiovascolari, malattie del fegato, malattie del/i polmone/i, malattie del sistema urologico, malattie del sistema endocrino (compreso diabete)?	SI – NO
3.2.1	Stai attualmente seguendo cure (ad es. assunzione di farmaci) che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione)? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- Cura per malattie cardiovascolari - Cura per malattie del fegato - Cura per malattie del/i polmone/i - Cura per malattie del sistema urologico - Cura per malattie del sistema endocrino - No
4	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia o infortunio che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi, per una malattia dell'apparato digerente, una malattia del sangue, una malattia dell'apparato uro-genitale, una malattia del sistema osteo-articolare, una malattia del sistema endocrino (compreso diabete) o hai sofferto di una patologia che ha comportato una paralisi o sei affetto da una forma di cecità (parziale totale irreversibile)o hai sofferto di una patologia e/o infortunio con conseguente stato di paralisi o stato di coma? Si precisa di rispondere "NO" nel caso di malattia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024	SI - NO

4.1	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato digerente diversa da stipsi, gastrite o una malattia del sangue e/o una patologia e/o infortunio che ha comportato una paralisi o sei affetto da una forma di cecità, che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi e/o hai presentato uno stato di coma? Si precisa di rispondere "NO" nel caso di malattia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024	SI - NO
4.1.1	Negli ultimi 5 anni hai avuto una malattia dell'apparato uro-genitale, una malattia del sistema osteo-articolare o una malattia del sistema endocrino che ha richiesto cure di durata superiore a 3 mesi consecutivi? Si precisa che le seguenti patologie sono considerate non rilevanti: ipertrofia prostatica, artrosi e/o osteoporosi, patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 Si precisa di rispondere "No" nel caso in cui l'Assicurato non sia affetto da alcuna patologia o sia affetto da una o più patologie indicate come non rilevanti (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- Malattia dell'apparato uro-genitale (escluso ipertrofia prostatica) - Malattia del sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) - Malattia del sistema endocrino - No
5	Soffri di una patologia neurologica (ad. Es. sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer)?	SI - NO
5.1	Soffri di sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer (escluso il morbo di Parkinson, allo stadio 1 della Scala di Hoehn e Yahr) ?	SI - NO
5.1.1	Soffri di una forma di morbo di Parkinson entro uno stadio 1 della Scala di Hoehn e Yahr ?	SI - NO
6	Hai avuto il riconoscimento di un'invalidità civile (o hai fatto domanda per ottenerla) e/o sei stato affetto negli ultimi 2 anni da una qualche inabilità temporanea? Si specifica che non devono essere tenute in considerazione le inabilità temporanee derivanti da patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.	SI - NO
6.1	Ti è stata riconosciuta un'invalidità civile con soglia uguale o superiore al 33% o hai fatto domanda per ottenerla?	SI - NO
6.1.1	Negli ultimi 2 anni sei stato impossibilitato a svolgere le tue mansioni professionali (per i lavoratori attivi) o le azioni quotidiane abituali (per i non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate allo stato di salute per più di 15 giorni consecutivi? Si specifica che non devono essere tenute in considerazione le casistiche derivanti da patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.	SI - NO
7	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi), di disturbi neurologici del movimento o di patologie del sistema nervoso centrale o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura? Si specifica che non devono essere tenute in considerazione le patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.	SI - NO

7.1	Attualmente soffri di disturbi neurologici del movimento e/o di patologie del sistema nervoso centrale (ad esempio: malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma superiore allo stadio 1 della scala di Hoehn e Yahr del morbo di Parkinson, SLA, Sclerosi multipla, altro) o di distrofia muscolare?	SI - NO
7.2	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura? Si specifica che non devono essere tenute in considerazione le patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.	SI – NO
7.2.1	Attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali, altro)?	SI - NO
7.2.2	Hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura?	SI - NO
8	Attualmente soffri di una malattia reumatologica, quali ad esempio connettivite mista, lupus eritematoso sistemico (LES), poliarterite nodosa o sclerodermia), artrite reumatoide?	SI - NO
8.1	Attualmente soffri di lupus eritematoso sistemico (LES) e/o artrite reumatoide?	SI - NO
8.1.1	Attualmente soffri di connettivite mista, poliarterite nodosa e/o sclerodermia? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- No - Connettivite mista - Poliarterite nodosa - Sclerodermia
9	Negli ultimi 2 anni hai effettuato più di 5 visite specialistiche (comprese visite di controllo)? Si specifica che non devono essere tenute in considerazione per il conteggio: - le visite di controllo per gravidanza - le visite di controllo effettuate a seguito di campagne preventive S.S.N. - le visite odontoiatriche - le visite effettuate da Medici di Medicina Generale/pediatri	SI - NO
9.1	Effettui annualmente visite/follow up di controllo relativamente a una o più patologie di cui hai sofferto o soffri attualmente?	SI - NO
9.1.1	Utilizzi uno o più farmaci in terapia continuativa o, nel caso di patologia oncologica, nell'ambito di un trattamento attivo attualmente in corso?	SI - NO
10	Nell'ultimo anno sei stato sottoposto a terapie oncologiche e/o immunitarie?	SI - NO
11	Effettui annualmente esami di diagnostica strumentale di approfondimento (quali, ad esempio, TAC, RM, ecocolordoppler, scintigrafia, esami endoscopici)?	SI - NO

N	Domande specifiche Estensione di garanzia opzionale Fisioterapia	Risposte
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)?	SI - NO
2.1	Soffri di sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), malattia di Alzheimer (escluso il morbo di Parkinson, in stadio 1 della Scala di Hoehn e Yahr)?	SI - NO

2.1.1	Soffri di una forma di morbo di Parkinson entro uno stadio 1 della Scala di Hoehn e Yahr?	SI - NO
3	Hai avuto il riconoscimento di un'invalidità civile (o hai fatto domanda per ottenerla) e/o sei stato affetto negli ultimi 2 anni da una qualche inabilità temporanea? Si specifica che non devono essere tenute in considerazione le inabilità temporanee derivanti da patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.	SI - NO
3.1	Ti è stata riconosciuta un'invalidità civile 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 specifica che non devono essere tenute in considerazione le inabilità temporanee derivanti da patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.	SI - NO
4	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi), di disturbi neurologici del movimento o di patologie del sistema nervoso centrale o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura? Si specifica che non devono essere tenute in considerazione le inabilità temporanee derivanti da patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.	SI - NO
4.1	Attualmente soffri di disturbi neurologici del movimento o di patologie del sistema nervoso centrale (ad esempio: malattia del motoneurone, paresi, plegie, ascessi intracranici, idrocefalo, encefaliti, meningiti, forma superiore allo stadio 1 della scala di Hoehn e Yahr del morbo di Parkinson, SLA, Sclerosi multipla, altro) e/o di distrofia muscolare?	SI - NO
4.2	Hai sofferto e/o attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare o hai subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura? Si specifica che non devono essere tenute in considerazione le inabilità temporanee derivanti da patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini previsti dalla Legge 193/2023 e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024.	SI - NO
4.2.1	Attualmente soffri di patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi) (ad esempio: 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, quali ad esempio connettivite mista, lupus eritematoso sistemico (LES), poliarterite nodosa o sclerodermia), artrite reumatoide?	SI - NO
5.1	Attualmente soffri di lupus eritematoso sistemico (LES) e/o artrite reumatoide?	SI - NO
5.1.1	Attualmente soffri di connettivite mista, poliarterite nodosa e/o sclerodermia? (è possibile selezionare più di una risposta diversa da "No")	- No - Connettivite mista - Poliarterite nodosa - Sclerodermia

N	Domande specifiche per Estensione di garanzia opzionale Oculistica	Risposte
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	Sei affetto da almeno uno dei seguenti disturbi: cheratocono, disturbi della retina, glaucoma, cataratta?	SI - NO
2.1	Hai una miopia o un astigmatismo superiore a 5 diottrie da uno o entrambi gli occhi?	SI - NO

N	Domande specifiche per Estensione di garanzia opzionale Cure dentarie	Risposte
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	Sei affetto da diabete mellito?	SI - NO
3	Sei affetto da epilessia?	SI - NO
4	Sei affetto da una o più delle seguenti patologie autoimmuni: Lupus Eritematoso Sistemico, artrite reumatoide, Sindrome di Sjogren?	SI - NO
5	Sei affetto o sei stato affetto negli ultimi 5 anni e senza recidiva da una o più delle seguenti patologie neoplastiche ematologiche: leucemia, linfoma, mieloma?	SI - NO
6	Sei affetto o sei stato affetto negli ultimi 5 anni da neoplasie facciali e/o orofaringee	SI - NO
7	Stai effettuando o hai effettuato negli ultimi 5 anni terapie a base di bifosfonati?	SI - NO
8	Stai effettuando o hai effettuato negli ultimi 5 anni cicli di radioterapia al collo o al cranio?	SI - NO
9	Hai subito traumi che hanno comportato lesioni ossee del maxillo facciale?	SI - NO
10	Hai subito la perdita di denti o ti sei sottoposto ad estrazioni di denti, diversi dai terzi molari (denti del giudizio) e dai denti decidui (denti da latte), in numero maggiore di 2, per i quali non è stato effettuato impianto/protesi?	SI - NO
11	Stai effettuando una terapia ortodontica?*	SI - NO

*Domanda aggiuntiva a quelle previste per le opzioni Gold e Diamond

ALLEGATO 4 - TABELLA INDENNIZZI CURE DENTARIE

PRESTAZIONI	LIMITI DI RIPETITIVITÀ DELLE PRESTAZIONI E DEGLI INDENNIZZI	IMPORTI NETTI RICONOSCIUTI IN REGIME INDENNITARIO		
		SILVER	GOLD	DIAMOND
CURE CONSERVATIVE E DIAGNOSTICA				
CONSERVATIVA				
Cavità di 1ª classe di BLACK (include applicazione sottofondo, molaggio ed eventuale anestesia e lucidatura)	max. 3 per annualità assicurativa, a prescindere dalla tipologia	€ 52,00	€ 58,50	€ 65,00
Cavità di 2ª classe di BLACK (include applicazione sottofondo, molaggio ed eventuale anestesia e lucidatura)		€ 52,00	€ 58,50	€ 65,00
Cavità di 3ª classe di BLACK (include applicazione sottofondo, molaggio ed eventuale anestesia e lucidatura)		€ 64,00	€ 72,00	€ 80,00
Cavità di 4ª classe di BLACK (include applicazione sottofondo, molaggio ed eventuale anestesia e lucidatura)		€ 64,00	€ 72,00	€ 80,00
Cavità di 5ª classe di BLACK (include applicazione sottofondo, molaggio ed eventuale anestesia e lucidatura)		€ 52,00	€ 58,50	€ 65,00
Ricostruzione di angoli		€ 56,00	€ 63,00	€ 70,00
Incappucciamento della polpa	max. 3 per annualità assicurativa	€ 29,60	€ 33,30	€ 37,00
Intarsio lega preziosa - Inlay o onlay	max. 3 per annualità assicurativa, a prescindere dalla tipologia	€ 200,00	€ 225,00	€ 250,00
Intarsio in ceramica (include impronte, molaggio e cavità)		€ 240,00	€ 270,00	€ 300,00
Intarsio in composito (include impronte, molaggio e cavità)		€ 160,00	€ 180,00	€ 200,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento (include perno, ricostruzione coronale e molaggio)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 100,00	€ 112,50	€ 125,00
Amputazione coronale della polpa dei decidui (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare (include eventuale radiografia, anestesia ed otturazione del cavo pulpare)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 56,00	€ 63,00	€ 70,00

Endodonzia (prestazione ad un canale, comprese RX e qualunque tipo di otturazione; include radiografia, anestesia ed otturazione dei canali e del cavo pulpare)	max. 3 per annualità assicurativa, a prescindere dalla tipologia	€ 64,00	€ 72,00	€ 80,00
Endodonzia (prestazione a due canali, comprese RX e qualunque tipo di otturazione; include radiografia, anestesia ed otturazione dei canali e del cavo pulpare)		€ 104,00	€ 117,00	€ 130,00
Endodonzia (prestazione a tre canali, comprese RX e qualunque tipo di otturazione; include radiografia, anestesia ed otturazione dei canali e del cavo pulpare)		€ 140,40	€ 157,95	€ 175,50
Endodonzia (prestazione a quattro canali, comprese RX e qualunque tipo di otturazione; include radiografia, anestesia ed otturazione dei canali e del cavo pulpare)		€ 216,00	€ 243,00	€ 270,00
Ritrattamento monocanalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione; include radiografia, anestesia ed otturazione dei canali e del cavo pulpare)	max. 3 per annualità assicurativa, a prescindere dalla tipologia	€ 80,00	€ 90,00	€ 100,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali, comprese RX e qualunque tipo di otturazione;include radiografia, anestesia ed otturazione dei canali e del cavo pulpare)		€ 120,00	€ 135,00	€ 150,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali, comprese RX e qualunque tipo di otturazione; include radiografia, anestesia ed otturazione dei canali e del cavo pulpare)		€ 156,40	€ 175,95	€ 195,50
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali, comprese RX e qualunque tipo di otturazione; include radiografia, anestesia ed otturazione dei canali e del cavo pulpare)		€ 232,00	€ 261,00	€ 290,00

CHIRURGIA				
Rimozione chirurgica di dente rotto (include anestesia, lembo	max. 3 per annualità assicurativa	€ 64,00	€ 72,00	€ 80,00
Estrazione di dente o radice (include anestesia, lembo, eventuale sutura e rimozione punti)	max. 3 per annualità assicurativa, a prescindere dalla tipologia	€ 40,00	€ 45,00	€ 50,00
Estrazione di dente o radice di dente temporaneo (include eventuale anestesia, eventuale sutura e rimozione punti)		€ 36,00	€ 40,50	€ 45,00
Estrazione complicata di dente o radice (compreso eventuale raschiamento cavità alveolare, sutura, rimozione punti e medicazioni per controllo sanguinamento tipo collagene, fibrina, ecc…)		€ 64,00	€ 72,00	€ 80,00
Estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito (escluso compenso anestesista ed esclusa sedazione cosciente) per ogni dente (include lembo, sutura e rimozione punti)		€ 64,00	€ 72,00	€ 80,00
Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale (include anestesia, lembo, sutura e rimozione punti)		€ 96,00	€ 108,00	€ 120,00
Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (include anestesia, lembo, sutura e rimozione punti)		€ 104,00	€ 117,00	€ 130,00
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento; include anestesia, lembo, sutura e rimozione punti)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 144,80	€ 162,90	€ 181,00
Intervento per flemmone delle logge perimascellari (include anestesia, sutura e rimozione punti)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 58,40	€ 65,70	€ 73,00
Medicazione chirurgica (per seduta - max 3 sedute)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 20,80	€ 23,40	€ 26,00
Apicectomia (compresa cura canalare, anestesia, lembo, sutura e rimozione punti)	max. 2 per annualità assicurativa, a prescindere dalla tipologia	€ 124,00	€ 139,50	€ 155,00
Rizectomia e/o rizotomia come unico intervento (compresa eventuale gengivectomia, lembo d'accesso, chirurgia ossea, anestesia, sutura e rimozione punti)		€ 80,00	€ 90,00	€ 100,00
Asportazione cisti mascellari (include anestesia, sutura e rimozione punti)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 207,20	€ 233,10	€ 259,00

Asportazione di epulide (include anestesia, sutura e rimozione punti)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 74,40	€ 83,70	€ 93,00
Intervento chirurgico preprotesico (livellamento creste alveolari, eliminazione sinechie mucose, ecc.). Include anestesia, eventuale gengivectomia, lembo, chirurgia ossea, sutura e rimozione punti	max. 3 per annualità assicurativa	€ 104,00	€ 117,00	€ 130,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance,del palato, ecc. (include anestesia, lembo, sutura e rimozione punti)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 112,00	€ 126,00	€ 140,00
Frenulotomia o frenulectomia (include anestesia, sutura e rimozione punti)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 96,00	€ 108,00	€ 120,00
Biopsie (qualunque numero)	nessun limite	€ 41,60	€ 46,80	€ 52,00
PARODONTOLOGIA				
Levigatura delle radici e/o courettage gengivale (per 6 denti)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 48,00	€ 54,00	€ 60,00
Legature dentali extracoronali (per 4 denti)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 96,00	€ 108,00	€ 120,00
Legature dentali intracoronali (per 4 denti)		€ 83,20	93,60	€ 104,00
Molaggio selettivo parziale (per seduta – max 3)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 41,60	€ 46,8	€ 52,00
Gengivectomia per quadrante come unica prestazione (include anestesia, sutura e rimozione punti)	max. 1 per annualità assicurativa	€ 140,00	€ 157,50	€ 175,00
Gengivectomia per dente (include anestesia, sutura e rimozione punti)	max. 3 per annualità assicurativa	€ 40,00	€ 45,00	€ 50,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa anestesia, sutura e rimozione punti)	max. 2 per annualità assicurativa	€ 148,80	€ 167,40	€ 186,00
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)		€ 207,20	€ 233,10	€ 259,00
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	max. 2 per annualità assicurativa	€ 80,00	€ 90,00	€ 100,00
Chirurgia ossea trattamento completo per quadrante (inclusa anestesia, lembo, sutura e rimozione punti)	max. 2 per annualità assicurativa	€ 200,00	€ 225,00	€ 250,00

Innesto autogeno, -sito multiplo include anestesia, lembo, prelievo osseo, sutura e rimozione punti)	max. 2 per annualità annualità	€ 200,00	€ 225,00	€ 250,00
Innesto di materiale biocompatibile qualunque numero o sede degli impianti (include anestesia, lembo, qualsiasi materiale da innesto, sutura e rimozione punti)		€ 200,00	€ 225,00	€ 250,00
Lembo gengivale semplice (include anestesia, sutura e rimozione punti)	max. 2 per annualità assicurativa	€ 160,00	€ 180,00	€ 200,00
Lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti muco gengivali – per 4 denti (include anestesia, sutura e rimozione punti)	max. 2 per annualità assicurativa	€ 208,00	€ 234,00	€ 260,00
DIAGNOSTICA				
Radiografia endorale (ogni due elementi)	max. 2 per annualità assicurativa	€ 12,80	€ 14,40	€ 16,00
Radiografia endorale per arcate	max. 2 per annualità assicurativa	€ 33,60	€ 37,80	€ 42,00
Bite Wing	max. 2 per annualità assicurativa	€ 16,00	€ 18,00	€ 20,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	max. 2 per annualità assicurativa	€ 8,80	€ 9,90	€ 11,00
Ortopantomografia od ortopanoramica	max. 2 per annualità assicurativa	€ 24,00	€ 27,00	€ 30,00
Teleradiografia	max. 2 per annualità assicurativa	€ 33,60	€ 37,80	€ 42,00
Dentalscan 1 arcata	max. 2 per annualità assicurativa	€ 56,00	€ 63,00	€ 70,00
Dentalscan 2 arcata	max. 1 per annualità assicurativa	€ 80,00	€ 90,00	€ 100,00
Esame elettromiografico	max. 1 per annualità assicurativa	€ 64,00	€ 72,00	€ 80,00
Esame Kinesiografico	max. 1 per annualità assicurativa	€ 64,00	€ 72,00	€ 80,00
ALTRE PRESTAZIONI				
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	max. 1 per annualità assicurativa	€ 48,00	€ 54,00	€ 60,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	max. 1 per annualità assicurativa	€ 48,00	€ 54,00	€ 60,00
Visita emergenza con intervento d'urgenza, anche in video/ teleconsulto	max. 3 per annualità assicurativa	€ 24,00	€ 27,00	€ 30,00

Visita orale	max. 2 per annualità assicurativa	€ 24,00	€ 27,00	€ 30,00
IMPLANTOLOGIA E PROTESICA				
IMPLANTOLOGIA				
Impianto osteointegrato per elemento – come unica prestazione (include anestesia, vite di guarigione, perno su impianto, corona provvisoria ed eventuale scappucciamento)	max. 2 per annualità assicurativa per livello di copertura SILVER e GOLD max. 3 per annualità assicurativa per livello di copertura DIAMOND	€ 630,00	€ 630,00	€ 700,00
Intervento di rialzo del seno mascellare o ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica, trattamento completo) con prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto – intervento ambulatoriale – per emiarcata (include anestesia, eventuale lembo)	max. 2 per annualità assicurativa	€ 315,00	€ 315,00	€ 350,00
Mini implant compresi attacchi di precisione (include anestesia, vite di guarigione)	max. 2 per annualità assicurativa per livello di copertura SILVER e GOLD/max. 3 per annualità assicurativa per livello di copertura DIAMOND	€ 405,00	€ 405,00	€ 450,00
PROTESICA				
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata – compresi ganci ed elementi; include impronte e molaggio)	max. 1 per annualità assicurativa	€ 202,50	€ 202,50	€ 225,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile (include impronte e molaggio)	max. 1 per annualità assicurativa	€ 99,00	€ 99,00	€ 110,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica (include impronte e molaggio)	max. 1 per annualità assicurativa	€ 765,00	€ 765,00	€ 850,00
Protesi totale immediata (per arcata; include impronte e molaggio)	max. 1 per annualità assicurativa	€ 225,00	€ 225,00	€ 250,00
Gancio su scheletrato	nessun limite	€ 36,00	€ 36,00	€ 40,00

Singolo attacco di semiprecisione/ precisione in lega non preziosa	max. 3 per annualità assicurativa per livello di copertura SILVER e GOLD/max. 4 per annualità assicurativa per livello di copertura DIAMOND	€ 135,00	€ 135,00	€ 150,00
Apparecchio scheletrato (struttura lega non preziosa o lega preziosa, comprensivo di elementi – per arcata; include impronte, molaggio e ganci)	max. 1 per annualità assicurativa	€ 720,00	€ 720,00	€ 800,00
Corona protesica in lega non preziosa e ceramica (include impronte e molaggio)	max. 3 per annualità assicurativa per il livello di copertura SILVER e GOLD/max. 4 per annualità assicurativa per livello di copertura DIAMOND	€ 355,95	€ 355,95	€ 395,50
Corona in lega preziosa e ceramica integrale (include impronte e molaggio)		€ 450,00	€ 450,00	€ 500,00
Corona protesica in ceramica integrale o in zirconia (include impronte e molaggio)		€ 450,00	€ 450,00	€ 500,00
Corona o elemento di ponte fresato in studio (include impronte e molaggio)		€ 315,00	€ 315,00	€ 350,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno fuso (impronte, ricostruzione coronale e molaggio)	max. 3 per annualità assicurativa per livello di copertura SILVER e GOLD/max. 4 per annualità assicurativa per livello di copertura DIAMOND	€ 121,50	€ 121,50	€ 135,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato (include impronte e molaggio)	max. 3 per annualità assicurativa per livello di copertura SILVER e GOLD/max. 4 per annualità assicurativa per livello di copertura DIAMOND	€ 49,50	€ 49,50	€ 55,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore – tecnica indiretta (include impronte e molaggio)	max. 1 per annualità assicurativa	€ 144,00	€ 144,00	€ 160,00
Ribasatura definitiva protesi totale inferiore – tecnica indiretta (include impronte e molaggio)		€ 144,00	€ 144,00	€ 160,00
Ribasatura protesi totale superiore – tecnica diretta (include impronte e molaggio)	max. 1 per annualità assicurativa	€ 108,00	€ 108,00	€ 120,00
Ribasatura protesi totale inferiore – tecnica direttainclude impronte e molaggio)		€ 108,00	€ 108,00	€ 120,00

Corona fusa in lega non preziosa (include impronte e molaggio)	max. 3 per annualità assicurativa per livello di copertura SILVER e GOLD/max. 4 per annualità assicurativa per livello di copertura DIAMOND	€ 252,00	€ 252,00	€ 280,00
Corona fusa in lega preziosa (include impronte e molaggio)		€ 306,00	€ 306,00	€ 340,00
Corona fusa in lega non preziosa e resina (include impronte e molaggio)		€ 288,00	€ 288,00	€ 320,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo) (include impronte e molaggio)		€ 170,10	€ 170,10	€ 189,00
Corona fusa in lega preziosa o lega preziosa e faccetta in resina o lega preziosa e faccetta in resina fresata (per elemento; include impronte e molaggio)		€ 306,00	€ 306,00	€ 340,00
Corona provvisoria armata (lega non preziosa o lega preziosa – per elemento; include impronte e molaggio)	max. 3 per annualità assicurativa per livello di copertura SILVER e GOLD/max. 4 per annualità assicurativa per livello di copertura DIAMOND	€ 49,50	€ 49,50	€ 55,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina diretta o indiretta (include impronte e molaggio)		€ 45,00	€ 45,00	€ 50,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento; include molaggio ed eventuale anestesia)	max. 3 per annualità assicurativa per livello di copertura SILVER e GOLD/max. 4 per annualità assicurativa per livello di copertura DIAMOND	€ 63,00	€ 63,00	€ 70,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	max. 3 per annualità assicurativa per livello di copertura SILVER e GOLD/max. 4 per annualità assicurativa per livello di copertura DIAMOND	€ 18,00	€ 18,00	€ 20,00
ORTODONZIA				
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno – adolescenti (include impronte, visite di controllo e materiali necessari per un trattamento della durata di 12 mesi)	max. 2 per annualità assicurativa	-	€ 1.000,00	€ 1.000,00
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno – adulti (include impronte, visite di controllo e materiali necessari per un trattamento della durata di 12 mesi)	max. 2 per annualità assicurativa	-	€ 1.000,00	€ 1.000,00

Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali (incluse terapie con mascherine trasparenti) per arcata per anno	max. 2 per annualità assicurativa	-	€ 690,00	€ 690,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio (include impronte ed eventuale tracciato cefalometrico)	max. 1 per annualità assicurativa	-	€ 70,00	€ 70,00
Bite notturno su misura (include impronte ed eventuali visite di controllo)	max. 1 per annualità assicurativa	-	€ 250,00	€ 250,00
Placca di svincolo (include impronte)	max. 1 per annualità assicurativa	-	€ 217,00	€ 217,00
PREVENZIONE ODONTOIATRICA				
PREVENZIONE ODONTOIATRICA JUNIOR (≤15 ANNI)				
Visita orale (comprensiva di valutazione ortodontica e di lezione di igiene orale)	max. 1 per annualità assicurativa	€ 24,00	€ 27,00	€ 30,00
Sigillatura (per ogni dente)	max. 4 per annualità assicurativa	€ 20,00	€ 22,50	€ 25,00
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	max. 1 per annualità assicurativa	€ 16,00	€ 18,00	€ 20,00
PREVENZIONE ODONTOIATRICA STANDARD (>15 ANNI)				
Visita orale (comprensiva di valutazione tasche gengivali e di valutazione gnatologica) e ablazione tartaro annuale (include lucidatura)	max. 1 per annualità assicurativa	€ 20,00	€ 22,50	€ 25,00

ALLEGATO 5 - ELENCO DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AI SINISTRI PER CURE DENTARIE

PRESTAZIONI	Documentazione Pre cura	Documentazione Post cura
CURE CONSERVATIVE E DIAGNOSTICA		
CONSERVATIVA		
Asportazione cisti mascellari (include anestesia, sutura e rimozione punti)		REFERTO ISTOLOGICO
Biopsie (qualunque numero)		REFERTO ISTOLOGICO
DIAGNOSTICA		
Radiografia endorale (ogni due elementi) (include 2 bite wing e 16 radiogrammi)		IMMAGINE
Radiografia endorale per arcate		IMMAGINE
Bite Wing		IMMAGINE
Radiografia: per ogni radiogramma in più		IMMAGINE
Ortopantomografia od ortopanoramica		IMMAGINE
Teleradiografia		IMMAGINE
Dentalscan 1 arcata		IMMAGINE
Dentalscan 2 arcate		IMMAGINE
Esame elettromiografico		REFERTO
Esame Kinesiografico		REFERTO
ALTRE PRESTAZIONI		
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)		CERTIFICATO DEL MEDICO O DEL LABORATORIO
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata		CERTIFICATO DEL MEDICO O DEL LABORATORIO
IMPLANTOLOGIA E PROTESICA		
IMPLANTOLOGIA		
Impianto osteointegrato per elemento - come unica prestazione (include anestesia, vite di guarigione, perno su impianto, corona provvisoria ed eventuale scappucciamento)		PASSAPORTO IMPLANTARE
PROTESICA		
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi; include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile (include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO

Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica (include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO
Protesi totale immediata (per arcata; include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO
Singolo attacco di semiprecisione/ precisione in lega non preziosa		CERTIFICATO LABORATORIO
Apparecchio scheletrato (struttura lega non preziosa o lega preziosa, comprensivo di elementi - per arcata; include impronte, molaggio e ganci)		CERTIFICATO LABORATORIO
Corona protesica in lega non preziosa e ceramica (include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO
Corona in lega preziosa e ceramica integrale (include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO
Corona protesica in ceramica integrale (include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO
Corona o elemento di ponte fresato in studio (include impronte e molaggio)		CERTIFICATO con lotto del blocchetto utilizzato
Perno moncone e/o ricostruzione con perno fuso (impronte, ricostruzione coronale e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO
Ribasatura definitiva protesi totale superiore - tecnica indiretta (include impronte e molaggio)		CERTIFICATO DEL MEDICO O DEL LABORATORIO
Ribasatura definitiva protesi totale inferiore - tecnica indiretta (include impronte e molaggio)		CERTIFICATO DEL MEDICO O DEL LABORATORIO
Corona fusa in lega non preziosa (include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO
Corona fusa in lega preziosa (include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO
Corona fusa in lega non preziosa e resina (include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo) (include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO
Corona fusa in lega preziosa o lega preziosa e faccetta in resina o lega preziosa e faccetta in resina fresata (per elemento; include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO
Corona provvisoria armata (lega non preziosa o lega preziosa - per elemento; include impronte e molaggio)		CERTIFICATO LABORATORIO

ORTODONZIA		
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno - adolescenti (include impronte, visite di controllo e materiali necessari per un trattamento della durata di 12 mesi)	OPT + Piano di trattamento ortodontico con indicazione della patologia, del trattamento e la durata	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno – adulti (include impronte, visite di controllo e materiali necessari per un trattamento della durata di 12 mesi)	OPT + Piano di trattamento ortodontico con indicazione della patologia, del trattamento e la durata	
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali (incluse terapie con mascherine trasparenti) per arcata per anno	OPT + Piano di trattamento ortodontico con indicazione della patologia, del trattamento e la durata	CERTIFICATO LABORATORIO
Bite notturno su misura (include impronte ed eventuali visite di controllo)		CERTIFICATO LABORATORIO
Placca di svincolo (include impronte)		CERTIFICATO LABORATORIO

INTESA SANPAOLO PROTEZIONE

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