Assicurazione per la protezione della famiglia, della salute e dei beni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Prodotto: SFERA+ Modulo Spese Mediche

Data di aggiornamento: 18/07/2026

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.
Il contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., Società del Gruppo Intesa Sanpaolo Assicurazioni. Sede Legale: Via San Francesco d'Assisi, n. 10, 10122 Torino, Italia. Telefono: +39 011 5554015 (per informazioni sui contratti sottoscritti, rivolgersi al numero verde 800.124.124), sito internet: www.intesasanpaoloprotezione.com PEC: servizioclienti@pec.intesasanpaoloprotezione.com; comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com e iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00125.
Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, Intesa Sanpaolo Protezione dispone della seguente situazione patrimoniale: **Patrimonio netto:** 582,42 Mln €; **Risultato economico di periodo:** 284,2 Mln €.
Con riferimento alla situazione di solvibilità, **l'Indice di solvibilità** (Solvency Ratio) è pari a: 261%; per informazioni più approfondite sulla società consulta la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito al seguente link: https://www.intesasanpaoloprotezione.com/dati-finanziari.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

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.

COPERTURA PRINCIPALE	SILVER	GOLD	DIAMOND
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico S.S.N.			
Ricoveri, DH/DS, ICA, Parto, Aborto terapeutico	€ 500.000	€ 750.000	€ 2.000.000
indennità sostitutiva ricovero S.S.N.	€ 150 max. 270 gg.	€ 200 max. 300 gg.	€ 350 max. 365 gg.
DH (Day Hospital)/DS (Day Surgery)	indennità al 50%	indennità al 50%	indennità al 75%
Pre/post ricovero (giorni)	60/60	120/120	180/180
Limite cure 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 e aborto terapeutico	€ 4.000	€ 6.000	€ 12.000
Interventi neonatali (malformazioni congenite)	€ 10.000 entro 6 mesi dalla nascita	€ 20.000 entro 12 mesi dalla nascita	€ 60.000 entro 18 mesi dalla nascita
Limite retta di degenza fuori Network	€ 250 al giorno	€ 300 al giorno	€ 350 al giorno
Limite app. protesici/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 ricovero (giorni)	30/30	30/30	50/50
Trasporto Sanitario	€ 2.500	€ 5.000	€ 10.000
Visite specialistiche, prevenzione e farmaci			
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	€ 250	€ 350	€ 700
Diagnostica e analisi			
Diagnostica e terapie oncologiche/dialisi	€ 4.000	€ 6.000	€ 15.000
Analisi di laboratorio	€ 750	€ 1.500	€ 5.000

ESTENSIONI DI GARANZIA OPZIONALI	SILVER	GOLD	DIAMOND
Fisioterapia			
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
Oculistica			
Visita specialistica oculistica di controllo	€ 50 una volta l'anno	€ 100 una volta l'anno	€ 100 una volta l'anno
Visite oculistiche ed esami	€ 100	€ 200	€ 300
Acquisto lenti, occhiali da vista/da sole graduati importo dimezzato in assenza di modifica del visus	€ 250	€ 500	€ 1.000 Un paio all'anno (inclusi occhiali da sole graduati)
Interventi di chirurgia refrattiva e cataratta	€ 350 per ogni occhio	€ 750 per ogni occhio	€ 1.000 per ogni occhio
Interventi di chirurgia refrattiva e cataratta Indennità sostitutiva SSN	€ 75	€ 100	€ 200
Cure Dentarie			
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	Indennizzi differenziati per prestazione, indicati nell'Allegato 4 Tabella Indennizzi Cure dentarie alle Condizioni di Assicurazione del Modulo Spese Mediche		

Per le Estensioni di Garanzia Opzionali Oculistica e Cure Dentarie, con riferimento esclusivo al primo anno di copertura e per le prestazioni che prevedono un periodo di carenza, 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.
Per le specifiche prestazioni previste dalla Estensione di Garanzia Opzionale Cure Dentarie, sono previsti importi massimi per prestazioni e un numero massimo di prestazioni annue, secondo quanto indicato nell'Allegato 4 – Tabella indennizzi cure dentarie disponibile a pag. 69 delle Condizioni di Assicurazione del Modulo Spese Mediche.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi Esclusi

Per la Copertura Principale, non sono assicurabili le persone che, al momento dell'acquisto del Modulo, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino in una o più delle seguenti condizioni: × 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 × 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 reumatoide × 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): × essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia × essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia dei vasi cerebrali (ischemia, trombosi, emorragia) diversa da cefalea e/o emicrania × essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del pancreas (diversa da diabete) × essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite × essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema urologico diversa da ipertrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali × essere stato affetto negli ultimi 5 anni da una malattia del sistema endocrino (compreso diabete mellito) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo × stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie cardiovascolari che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) × stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del fegato che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) × stare attualmente seguendo cure (ad es. farmaci) per malattie del/i polmone/i che non stanno consentendo il ritorno a valori normali (stabilizzazione, non necessariamente guarigione) × 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) × 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) × 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 × 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 × 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 × essere affetto da forma lieve di Parkinson o altre disabilità non gravi × 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 × essere affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (ad esclusione di artrosi) (ad esempio: artrite, ernie discali, altro) × aver subito traumi/lesioni che abbiano comportato intervento chirurgico e/o ingessatura × essere affetto da connettivite mista × essere affetto da poliarterite nodosa × essere affetto da sclerodermia × effettuare annualmente esami di diagnostica strumentale di approfondimento (quali, ad esempio, TAC, RM, ecocolordoppler, scintigrafia, esami endoscopici).
Per l'estensione di garanzia Opzionale Fisioterapia, non sono inoltre assicurabili le persone che, al momento dell'acquisto del Modulo, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino in una o più delle seguenti condizioni: × 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.
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 × essere 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
Per l'estensione di garanzia Opzionale Oculistica, non sono inoltre assicurabili le persone che, al momento dell'acquisto del Modulo, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino in una o più delle seguenti condizioni: × sono affette da cheratocono, da disturbi della retina, glaucoma o cataratta × sono affette da miopia/astigmatismo superiore a 5 diottrie da uno o entrambi gli occhi e abbia età inferiore o uguale a 50 anni × sono affette da miopia/astigmatismo superiore a 5 diottrie da uno o entrambi gli occhi e abbia età uguale o maggiore di 60 anni.
Per l'estensione di garanzia Opzionale Cure Dentarie, non sono inoltre assicurabili le persone che, al momento dell'acquisto del Modulo, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risultino in una o più delle seguenti condizioni: × 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.

Sono inoltre esclusi sia dalla Copertura Principale che dalle estensioni di garanzia opzionali: × 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 × 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 × 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 × danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, esposizione volontaria al pericolo, mancato attenersi a prescrizioni o consigli medici × 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 × 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" × infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove e allenamenti × 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 × conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico × conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti × spese in conseguenza di malattie mentali e di malattie o infortuni derivanti dall'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico × conseguenze dirette o indirette di pandemie × prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili dalla copertura × trattamenti di medicina alternativa o complementare.
Sono inoltre esclusi dalla Copertura Principale: × interruzione volontaria della gravidanza × interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quanto previsto dalle garanzie "Ricoveri e Interventi" e "Chirurgia con finalità estetica" × 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 × 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 × ricoveri in lungodegenza × 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 × correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia) e interventi di cataratta × interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità; prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica × 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" × spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini × spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale × ricoveri impropri × cicli di visite e cure psicologiche/psichiatriche (ad eccezione della prima) × acquisto di farmaci da banco che non prevedono l'obbligo della prescrizione × acquisto di medicinali omeopatici, galenici, parafarmaci.

	Sono inoltre esclusi dall'estensione di garanzia Opzionale Fisioterapia: × prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da fisioterapista abilitato, da medico o da Centro medico × spese per prestazioni di routine o controllo × spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale × prestazioni per problematiche estetiche o eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici). Sono inoltre esclusi dall'estensione di garanzia Opzionale Oculistica: × cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici, salvo quanto previsto dalle specifiche garanzie in copertura × 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 × spese per prestazioni di routine o controllo (salvo quanto previsto alla Garanzia Visita specialistica oculistica di controllo) × spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale × visite o esami per difetti visivi (salvo quanto previsto alla Garanzia Visita specialistica oculistica di controllo) × lenti oftalmiche o a contatto che non hanno finalità correttive dei vizi refrattivi, indipendentemente dalla tipologia. Sono inoltre esclusi dall'estensione di garanzia Opzionale Cure Dentarie × prestazioni a finalità estetica × 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 × cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze × prestazioni non effettuate da medico odontoiatra/igienista dentale (a seconda di quanto richiesto dalla natura della prestazione in copertura) o studio medico-odontoiatrico × cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) × spese per prestazioni di routine o controllo, salvo quanto previsto dalle garanzie in copertura × spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale × infortuni occorsi prima della decorrenza della copertura, le relative conseguenze e complicanze × le protesi applicate per risolvere problemi estetici quali ad esempio discromie dentali e diastemi non funzionali.

Ci sono limiti di copertura?

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto al DIP.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a persone fisiche, residenti in Italia, titolari di un conto corrente presso Fideuram - Intesa Sanpaolo Private Banking S.p.A, interessate a ricevere protezione, sotto forma di indennizzi, rimborsi, prestazioni in forma diretta, al verificarsi di uno degli eventi previsti dal Modulo Spese Mediche.

Quali costi devo sostenere?

La provvigione percepita dall'intermediario, già compresa nel premio totale, è al massimo il 25% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Puoi inoltrare i reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri compilando on line il modulo (https://www.intesasanpaoloprotezione.com/inviare-reclamo) oppure per iscritto a: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. Gestione Reclami e qualità del servizio, Via San Francesco d'Assisi, 10 - 10122 Torino Fax: +39 011.093.00.15, Email: reclami@intesasanpaoloprotezione.com, PEC: reclami@pec.intesasanpaoloprotezione.com. Intesa Sanpaolo Protezione dovrà fornire riscontro al reclamo entro il termine di 45 giorni dal ricevimento dello stesso.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente del reclamo o in caso di assenza di risposta o di risposta tardiva da parte di Intesa Sanpaolo Protezione è possibile rivolgersi all'Autorità di Vigilanza competente in materia: IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax: 06.42133206 PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo, in alternativa al tentativo di mediazione, costituisce la condizione per poter procedere con una causa civile.
Mediazione	Con l'assistenza necessaria di un avvocato l'assicurato può interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98) per raggiungere un accordo tra le parti. Il tentativo di mediazione, in alternativa al ricorso all'Arbitro Assicurativo, costituisce la condizione per poter procedere con una causa civile
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa. La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: https://finance.ec.europa.eu/consumer- finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/make-complaint-about-financial-service-provider-another-eea-country_it).

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	L'imposta applicata al premio imponibile della copertura è pari al 2,5%.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se sei stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non sei tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci 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 Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://intesasanpaoloprotezione.com/oblio-oncologico
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Se precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione hai fornito informazioni relative al tuo stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sei stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciata, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE - AREA CLIENTI), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO. OSSIA, POTRAI CONSULTARE E GESTIRE IL TUO PROFILO PERSONALE, LE TUE POLIZZE ASSICURATIVE E LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE, LO STATO DEI PAGAMENTI DEI PREMI E LE EVENTUALI SCADENZE, LE COMUNICAZIONI IN FORMATO DIGITALE INERENTI ALLE TUE POLIZZE E INVIARE LA RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE DI UN SINISTRO NONCHE' SEGUIRNE LO STATO DI AVANZAMENTO.