

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite nel DIP Aggiuntivo e nelle Condizioni di Assicurazione, disponibili sul sito internet www.intesasanpaoloassicura.com o presso le filiali del Gruppo Intesa Sanpaolo.

Che tipo di assicurazione è?

La “Polizza Proteggi Salute” è un prodotto pensato per fornire una completa copertura sanitaria per la persona e la famiglia. Garantisce il rimborso o il pagamento diretto delle spese mediche sostenute a seguito di malattia o infortunio, sulla base delle garanzie scelte al momento della sottoscrizione.



Che cosa è assicurato?

Coperture assicurative base:

SEZIONE GARANZIE STANDARD:

- ✓ Spese sostenute – prima del ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale, purché ad essi inerenti – per:
 - ✓ visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti specialistici nei 60 giorni precedenti;
 - ✓ trasporto dell'Assicurato con ambulanza all'istituto di cura.
- ✓ Spese sostenute – durante ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale – per:
 - ✓ rette di degenza;
 - ✓ onorari dell'equipe medica che effettua l'intervento chirurgico, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, in un momento successivo all'intervento stesso;
 - ✓ assistenza medica ed infermieristica, cure, medicinali e accertamenti diagnostici;
 - ✓ trasporto in caso di urgenza con qualsiasi mezzo da un luogo di cura all'altro;
 - ✓ vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura;
 - ✓ cure e protesi dentarie.
- ✓ Spese sostenute nei 120 giorni successivi al ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale purché ad essi inerenti, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti specialistici,

Le prestazioni previste dalla copertura assicurativa Garanzie Standard ti saranno pagate fino ad una somma massima assicurata di € 520.000 per anno assicurativo e per persona assicurata.

In caso di accertamento positivo di Sindrome Influenzale di natura pandemica Covid 19 con obbligo di quarantena, imposto dall'Autorità Sanitaria competente, è prevista un'indennità forfettaria una tantum pari a 500,00 € per Assicurato e per anno assicurativo a condizione che non sia stata liquidata l'indennità sostitutiva per Covid 19.



Che cosa non è assicurato?

La polizza non ti copre per:

- ✗ conseguenze di infortuni occorsi prima della sottoscrizione della polizza e conseguenze, ricadute o recidive di malattie in atto o preesistenti alla stipula del contratto;
- ✗ malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
- ✗ infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, dalla pratica a titolo professionistico di sport in genere;
- ✗ infortuni subiti dall'Assicurato a causa della sua partecipazione ad atti di terrorismo o atti di guerra;
- ✗ infortuni derivanti da stato di ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci;
- ✗ le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e loro conseguenze e complicanze;
- ✗ le prestazioni sanitarie e le cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o fenomeni comportamentali in genere;
- ✗ le prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità, impotenza, fecondazione assistita;
- ✗ paradontopatie, cure e protesi dentarie non conseguenti a neoplasia maligna o infortunio comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico;
- ✗ prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche o malattie conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti, dietetiche, chirurgia bariatrica, cure termali;
- ✗ aborto volontario non terapeutico;
- ✗ le terapie oncologiche (chemioterapia, radioterapia) effettuate successivamente al primo ricovero in istituto di cura relative alla patologia oncologica;
- ✗ occhiali e lenti a contatto, interventi o cure per correggere o eliminare vizi di rifrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo);
- ✗ conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, guerre ed insurrezioni, contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche), partecipazione ad imprese di carattere eccezionali;
- ✗ accertamenti diagnostici, psicoterapia, terapie mediche e chirurgiche, legati ai disturbi d'identità sessuale;
- ✗ prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale.

Non sei assicurabile se, quando comincia la copertura assicurativa:

- ✗ hai già compiuto 65 anni, e scegli la durata pari a 10 anni.;
- ✗ hai già compiuto 70 anni e scegli la durata pari a 5 anni
- ✗ sei alcolista, tossicodipendente, AIDS o sindromi correlate.

Coperture assicurative opzionali, a condizione di aver acquistato la copertura assicurativa Garanzia Standard:

SEZIONE GARANZIE PLUS:

[Visite specialistiche](#)

[Accertamenti diagnostici](#)

[Esami da laboratorio](#)

[Trattamenti riabilitativi prescritti dal medico dopo un infortunio](#)

SEZIONE GARANZIE ACCESSORIE

[Tutela legale](#)

[Prestazioni di telemedicina](#)

[Assistenza viaggi](#)

[Assistenza domiciliare](#)



Ci sono limiti di copertura?

- ! Se per le prestazioni coperte dalla polizza utilizzi strutture e/o medici non convenzionati, ti sarà rimborsato solamente il 70% delle spese sostenute.
- ! In caso di Trasporto dell'Assicurato con ambulanza all'istituto di cura, riceverai un rimborso spese massimo di €1.050 per anno assicurativo.
- ! In caso di Trasporto dell'Assicurato, da un luogo di cura all'altro, con qualsiasi mezzo riceverai un rimborso spese massimo di €1050 per anno assicurativo
- ! La copertura Rette di degenza non comprende le spese per telefono, tv e generi di conforto.
- ! La copertura Vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura è valida fino ad un massimo di 30 giorni per anno assicurativo e fino a €55 al giorno.
- ! È previsto un rimborso spese massimo di € 1500 per il parto cesareo o non cesareo



Dove vale la copertura?

- ✓ Le coperture sono valide in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportino un aggravamento del rischio assicurato. Se non lo fai, puoi compromettere il tuo diritto alla prestazione assicurativa
- per richiedere le coperture presso strutture convenzionate, devi chiamare preventivamente la Centrale operativa (Medic4all). Altrimenti, per ottenere il rimborso delle prestazioni eseguite presso strutture non convenzionate devi presentare la denuncia entro 10 giorni dall'avvenuta guarigione.



Quando e come devo pagare?

Il premio, comprensivo di imposte, è addebitato mensilmente sul tuo conto corrente presso una Filiale di una delle Banche del Gruppo Intesa Sanpaolo, senza applicazione di alcun interesse; se scegli l'addebito mensile non paghi alcun interesse di frazionamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le coperture iniziano dalle ore 24 del giorno indicato nel Modulo di polizza quale *data di decorrenza*, se il premio è stato pagato; se invece paghi il premio dopo la *data di decorrenza*, le coperture iniziano dalle ore 24 del giorno del pagamento. Le coperture hanno durata annuale (o più breve, solo nel caso in cui la polizza emessa in sostituzione di un'altra stipulata con Intesa Sanpaolo Assicura). In mancanza di disdetta, la durata delle coperture è prorogata per un ulteriore anno e così successivamente ad ogni ricorrenza annuale (tacito rinnovo), fino al quinto o al decimo anno in base alla scelta che hai effettuato. Al termine dei 5 o 10 anni, le coperture cessano senza che tu debba dare la disdetta. Se alle successive ricorrenze non paghi il premio, la polizza resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo alla ricorrenza. Se successivamente paghi il premio, la polizza viene riattivata dalle ore 24 del giorno di pagamento. Trascorsi sei mesi dalla ricorrenza, se non hai pagato il premio, la polizza termina.



Come posso disdire la polizza?

Se hai acquistato la polizza con una delle modalità di vendita a distanza (Internet Banking del Gruppo Intesa Sanpaolo) e ci ripensi, puoi recedere dal contratto entro 14 giorni dalla data in cui cominciano le coperture, senza penali e senza indicare il motivo, e ottenere la restituzione del premio al netto delle imposte.

Puoi recedere dalla polizza dandone disdetta entro 30 giorni dalla ricorrenza annuale, inviando una richiesta scritta tramite lettera raccomandata A/R alla Compagnia oppure rivolgendoti alla filiale del Gruppo Intesa Sanpaolo con la quale intratti il rapporto bancario