

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

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



Prodotto: XME Protezione – Modulo Ricoveri e Interventi

Data aggiornamento: 23/01/2026. Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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: 1.050,79 Mln €; Risultato economico di periodo: 252,33 Mln €.**

Con riferimento alla situazione di solvibilità, l'**Indice di solvibilità** (Solvency Ratio) è pari a: 276%; 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?

Sono previsti quattro livelli di copertura alternativi, che prevedono diversi livelli di massimale:

BASE: € 250.000; SILVER: € 500.000; GOLD: € 750.000; PLATINUM: € 1.000.000.

Ogni livello di copertura prevede valori massimi di rimborso (sub-massimali), in base alla tipologia di prestazioni sanitarie:

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico S.S.N.				
Indennità sostitutiva ricovero	€ 100 max. 180 gg.	€ 150 max. 270 gg.	€ 200 max. 300 gg.	€ 250 max. 365 gg.
DH/DS	indennità al 50%	indennità al 50%	indennità al 50%	indennità al 50%
Pre ricovero	45gg	60gg	90gg	120gg
Post ricovero	45gg	60gg	90gg	120gg
Limite fisioterapiche post ricovero	€ 500	€ 750	€ 1.000	€ 1.500
Limite cure oncologiche pre/post ricovero	€ 1.000	€ 1.500	€ 2.000	€ 3.000
Parto fisiologico	€ 1.000	€ 2.000	€ 3.000	€ 4.000
Parto cesareo	€ 2.000	€ 4.000	€ 6.000	€ 8.000
Interventi neonatali (malformazioni congenite)	€ 5.000 entro 6 mesi da nascita	€ 10.000 entro 6 mesi da nascita	€ 20.000 entro 12 mesi da nascita	€ 30.000 entro 12 mesi da nascita
Limite retta di degenza fuori Network	€ 150 al giorno	€ 250 al giorno	€ 300 al giorno	€ 350 al giorno
Limite app. Protesici/ endoprotestici/ terapeutici	€ 250	€ 500	€ 750	€ 1.000
Accompagnatore	€ 50 max. 50 gg.	€ 75 max. 50 gg.	€ 100 max. 50 gg.	€ 150 max. 50 gg.
Trasporto dell'Assicurato	€ 1.500	€ 2.500	€ 3.500	€ 5.000
Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetica				
massimale	-	€ 1.000	€ 1.500	€ 2.500
Pre / Post ricovero	-	30gg	30gg	30gg
Sindromi influenzali di natura pandemica positività+ isolamento fiduciario o ricovero (con/senza terapia intensiva)				
Indennità forfettaria	€250	€250	€ 350	€ 500

RICOVERO, CON O SENZA INTERVENTI IN ISTITUTO DI CURA: Prima del ricovero: ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati prima del ricovero o dell'intervento, purché pertinenti. Durante il ricovero: ✓ onorari di: chirurgo, aiuto chirurgo, assistente, anestesista e chiunque partecipi; ✓ diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotestici, terapeutici applicati e necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato ✓ rette di degenza, escluse spese di comfort o bisogni non essenziali ✓ spese di assistenza medica/infermieristica, cure, medicinali, esami, trattamenti fisioterapici e riabilitativi. Dopo il ricovero: ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche/infermieristiche, per recuperare la salute, cure termali o l'intervento chirurgico, purché pertinenti. Trapianti: ✓ spese sostenute per ricevere l'organo trapiantato.

DEGENZA IN REGIME DI DAY HOSPITAL (DH) / DAY SURGERY (DS) O INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (ICA): Durante la

degenza: ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, assistenza medica, rette di degenza, cure e medicinali. **Prima e dopo la degenza** (solo in caso di DS o ICA): ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche prima e dopo la degenza, purché pertinenti.

PARTO NATURALE, PARTO CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO: **Prima del ricovero:** ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche prima del ricovero/intervento chirurgico purché pertinenti. **Durante il ricovero:** ✓ onorari di: chirurgo, aiuto chirurgo, assistente, anestesista e chiunque partecipi ✓ diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotestici, terapeutici necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato ✓ rette di degenza, escluse le spese di comfort o bisogni non essenziali ✓ spese per l'assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, trattamenti fisioterapici e riabilitativi. **Dopo il ricovero:** ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute (trattamenti fisioterapici e riabilitativi), cure termali effettuati dopo il ricovero/intervento chirurgico, purché pertinenti ✓ parto cesareo: spese per interventi concomitanti, entro il sub-massimale.

INTERVENTI CHIRURGICI CONSEGUENTI A MALFORMAZIONI O DIFETTI FISICI CONGENITI NEONATALI: spese per interventi sul figlio neonato entro i seguenti limiti di mesi: ✓ **BASE:** 6 mesi ✓ **SILVER:** 6 mesi ✓ **GOLD:** 12 mesi ✓ **PLATINUM:** 12 mesi.

RETTA DI DEGENZA ACCOMPAGNATORE: ✓ spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Assicurato in Istituto di cura o struttura alberghiera.

TRASPORTO SANITARIO: ✓ spese per il trasporto 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 sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA IN CASO DI RICOVERO DELL'ASSICURATO IN ASSENZA DI SPESE: ✓ se l'Assicurato non sostiene spese durante il ricovero, è pagata un'indennità variabile in funzione della copertura scelta ✓ in caso di ricovero in DH/DS l'importo è ridotto al 50% ✓ non è pagata per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero con pernottamento nella stessa struttura sanitaria.

INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA AMBULATORIALE CON FINALITÀ ESTETICA: spese per interventi di piccola chirurgia con finalità estetiche: ✓ teleangiectasie ✓ asportazione xantelasma ✓ adiposità localizzate ✓ blefaroplastica ✓ capezzolo introflesso ✓ correzione cicatrice >5 cm e ✓ <5 cm ✓ cicatrici da acne ✓ dermoabrasione ✓ innesto dermoepidermico ✓ ricostruzione lobi auricolari ✓ otoplastica «orecchie a sventola» ✓ revisione di cicatrice ✓ interventi ricostruttivi a seguito di intervento rientrante nella garanzia "Ricovero con/senza intervento in Istituto di Cura". **Prima del ricovero:** ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati prima dell'intervento, purché pertinenti. **Durante il ricovero:** ✓ onorari di: chirurgo, aiuto chirurgo, assistente, anestesista e chiunque partecipi ✓ diritti di sala operatoria, materiale di intervento ✓ rette di degenza, escluse quelle di comfort o i bisogni non essenziali ✓ assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami. **Dopo il ricovero:** ✓ spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, dopo l'intervento, purché pertinenti.

INDENNITÀ PER SINDROME INFLUENZALE DI NATURA PANDEMICA: indennità forfettaria riconosciuta una volta per annualità di polizza nei seguenti casi: ✓ esito positivo di accertamenti relativi a presenza di sindromi influenzali di natura pandemica, conseguente isolamento fiduciario imposto dall'Autorità Sanitaria competente ✓ ricovero dell'Assicurato con o senza intervento, presso: *i)* struttura SSN; *ii)* struttura convenzionata con il SSN; *iii)* struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad es. ospedali privati, militari e da campo).



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

PERSONE NON ASSICURABILI: non è assicurabile chi, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, risulti in una o più delle seguenti condizioni: ✗ stia seguendo cure per malattie dei vasi cerebrali e/o per malattie del pancreas (escluso diabète) che non consentono il ritorno a valori normali o cure per neoplasie maligne ✗ affetto da: sclerosi multipla, SLA, Alzheimer o forme di grave disabilità, escluso il Parkinson, se in forma iniziale ✗ ha invalidità permanente con soglia pari o superiore al 33% o abbia fatto domanda per ottenerla ✗ è affetto da disturbi neurologici del movimento o da patologie del sistema nervoso centrale o distrofia muscolare ✗ è affetto da Lupus eritematoso sistematico (LES). Non è assicurabile chi, dopo la compilazione del Questionario Sanitario, risulti nei 5 anni precedenti alla stipula della polizza o dell'appendice contrattuale e sia: ✗ affetto da malattia del fegato (escluse Sindrome di Gilbert, epatite virale non cronizzata, steatosi epatica, calcolosi colecistica, angioma epatico) e/o da una neoplasia maligna diversa da un tumore in situ ✗ affetto da malattia dell'apparato digerente (escluse stipsi, gastrite), e/o malattia del sangue, e/o paralisi, e/o forma di cecità che richieda cure superiori a 3 mesi consecutivi, e/o sia stato in coma. Si precisa che le malattie oncologiche per le quali è possibile far valere il cosiddetto "oblio oncologico" non sono da dichiarare ai fini della compilazione del Questionario Sanitario. Non è assicurabile chi, a seguito della compilazione del Questionario Sanitario, abbia almeno sei delle seguenti condizioni: affetto negli ultimi 5 anni da: ✗ malattia cardiovascolare diversa da ipertensione, extrasistolia, pericardite acuta e/o iperdislipidemia; malattia dei vasi cerebrali, diversa da cefalea e/o emicrania ✗ malattia del pancreas (escluso diabète) ✗ malattia del/i polmone/i diversa da asma, bronchite acuta, polmonite e/o rinite ✗ malattia del sistema urologico e/o urogenitale diversa da ictrofia prostatica, cistite, calcoli renali e cisti renali ✗ malattia del sistema endocrino (compreso diabète) diversa da tiroide di Hashimoto, gozzo e/o iperparatiroidismo. Chi sta seguendo cure che non consentono il ritorno a valori normali per malattie: ✗ cardiovascolari ✗ del fegato ✗ del/i polmone/i ✗ del sistema urologico e/o urogenitale ✗ del sistema endocrino (compreso diabète). Chi, negli ultimi 5 anni, è affetto da una malattia, che ha richiesto cure superiori a 3 mesi consecutivi, del: ✗ apparato uro-genitale (escluso ictrofia prostatica) ✗ sistema osteo-articolare (escluso artrosi e osteoporosi) ✗ del sistema endocrino (compreso diabète). Chi: è affetto da forma iniziale di Parkinson o altre disabilità non gravi ✗ negli ultimi 2 anni è impossibilitato a svolgere mansioni professionali (lavoratori attivi) o azioni quotidiane (non lavoratori) a causa di ragioni non traumatiche legate alla salute per più di 15 giorni consecutivi ✗ è affetto da patologie dell'apparato osteoarticolare/muscolare (esclusa artrosi) ✗ ha subito traumi o lesioni, implicanti intervento chirurgico o ingessatura; è affetto da: ✗ connettivite mista o indifferenziata ✗ poliartrite nodosa ✗ sclerodermia. Le malattie oncologiche per le quali è possibile l'"oblio oncologico" non sono da dichiarare ai fini della compilazione del Questionario Sanitario.

ESCLUSIONI PER TUTTE LE GARANZIE: non è fornita copertura in caso di: ✗ infortuni in stato di ubriachezza alla guida di veicoli o in conseguenza di azioni delittuose o di atti autolesivi ✗ infortuni, patologie e intossicazioni dovuti a uso non cronico di: sostanze alcoliche, psicofarmaci, stupefacenti (salvo somministrazione terapeutica) o allucinogeni ✗ infortuni per i seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroski, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con respiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado scala francese (esclusa arrampicata indoor), speleologia, sport aereo, sport con uso di veicoli o natanti a motore, mountain bike e "downhill" ✗ infortuni da gare professionalistiche, 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 di contaminazioni nucleari, salvo l'uso terapeutico ✗ conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti ✗ prestazioni a seguito di malattie mentali e malattie/infortuni da assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico ✗ interruzione volontaria di gravidanza ✗ interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo quanto previsto da: "Ricoveri con o senza intervento, DH, DS, ICA, parto, aborto terapeutico" e "Interventi di piccola chirurgia ambulatoriale con finalità estetica" ✗ prestazioni, cure e interventi dentari, parodontari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici, eccetto li interventi chirurgici odontoiatrici necessari a seguito di infortunio o neoplasia maligna indennizzabili ✗ cure/interventi per eliminare/correggere difetti fisici o loro conseguenze, salvo quanto previsto da: "Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti neonatali" ✗ prestazioni sanitarie per conseguenze di infortuni/malattie non indennizzabili ✗ trattamenti di medicina alternativa ✗ ricoveri in lungodegenza; ✗ prestazioni sanitarie per infertilità, sterilità, fecondazione assistita, impotenza, tutte le prestazioni/interventi medici/chirurgici per modifica di caratteri sessuali ✗ correzione dei vizi di rifrazione e cataratta ✗ chirurgia bariatrica per curare l'obesità e prestazioni/terapie con scopo dietologico ✗ prestazioni non correlate da diagnosi o non effettuate da medico, centro medico, eccetto quelle infermieristiche, trattamenti fisioterapici/riabilitativi regolati nel "dopo il ricovero" ✗ prestazioni di controllo, vaccinazioni ✗ prestazioni in strutture non autorizzate o gli onorari di medici non iscritti all'albo o privi di abilitazione ✗ ricoveri impropri ✗ conseguenze di pandemie, salvo quanto previsto da: "Indennità per sindrome influenzale di natura pandemica". Non sono comprese le spese: ✗ alberghiere post ricovero, in caso di **Ricovero con o senza intervento in Istituto di cura**; ✗ per donazione di organi sia da parte

dell'assicurato o di terzi, in caso di **trapianto**; **×** per bisogni non essenziali del degente, in caso di **DH/DS o intervento ambulatoriale**; **×** per eliambulanze, in caso di **trasporto sanitario**; **×** per il monitoraggio della gravidanza, in caso di **parto naturale, cesareo e aborto terapeutico**.



Ci sono limiti di copertura?

! La copertura prevede scoperti e franchigie a carico dell'Assicurato. In particolare:
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto terapeutico S.S.N.

	BASE	SILVER	GOLD	PLATINUM
In network	No scoperti / franchigie	No scoperti / franchigie	No scoperti / franchigie	No scoperti / franchigie
Fuori network (scoperto)	25% min. € 1.000 a evento	20% min. € 750 a evento	15% min. € 500 a evento	10% min. € 350 a evento
Mista: struttura in network	No scoperti / franchigie	No scoperti / franchigie	No scoperti / franchigie	No scoperti / franchigie
Mista: equipe fuori network	scoperto 25% min. € 1.000 a evento	scoperto 20% min. € 750 a evento	scoperto 15% min. € 500 a evento	scoperto 10% min. € 350 a evento
Mista: ticket S.S.N.	No scoperti / franchigie	No scoperti / franchigie	No scoperti / franchigie	No scoperti / franchigie

Medicina Estetica

In network (franchigia)	Non previsto	€ 350 a intervento	€ 350 a intervento	€ 350 a intervento
Fuori network (scoperto)	Non previsto	25% min. € 500 a evento	20% min. € 500 a evento	15% min. € 500 a evento
Ticket S.S.N.	Non previsto	No scoperti/ franchigie	No scoperti/ franchigie	No scoperti/ franchigie

! Sono previsti dei periodi in cui la copertura non è operante. In particolare, le garanzie diventano operanti dalle ore 24 del giorno di decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per le prestazioni da infortunio; dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per i ricoveri da malattia e per l'indennità in caso di sindromi influenzali di natura pandemica; dalle ore 24 del 90° giorno successivo alla decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche; dalle ore 24 del 271° giorno successivo alla decorrenza del Modulo e dell'Appendice contrattuale per il parto e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti neonatali. Il ricovero iniziato durante il periodo di carenza e proseguito oltre lo stesso non dà diritto alle prestazioni previste dal Modulo



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a persone fisiche maggiorenni, residenti in Italia, titolari di un conto corrente presso Intesa Sanpaolo, che abbiano un bisogno di protezione per sé stessi o per la propria famiglia, in caso di eventi relativi a infortuni o a malattie che rendano necessari ricoveri o interventi chirurgici.



Quali costi devo sostenere?

La provvigenza percepita dall'intermediario, già compresa nel premio totale, è pari al 24% 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.
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 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 Ricoveri e interventi è pari al 2,5%.
--	---

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.