

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

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

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.



Prodotto: **METASALUTE Convenzione 100895 - MS4**

Ultima release 04/2025

Questo 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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale di Intesa Sanpaolo Protezione.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima di sottoscrivere il contratto.

Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

Sede legale: Via San Francesco d'Assisi, n.10, 10122 Torino, Italia tel. +39 011 5554015

sito internet: www.intesasnpaoloprotezione.com;

pec: comunicazioni@pec.intesasnpaoloprotezione.com

È iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00125. Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione con il numero 1.00161 appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Assicurazioni, iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28

In base all'ultimo bilancio d'esercizio disponibile, redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, Intesa Sanpaolo Protezione dispone della seguente situazione patrimoniale: **Patrimonio netto**: 476,81 mln euro, di cui capitale sociale 27,91 mln, e **riserve patrimoniali**: 448,90 mln euro.

Per informazioni più approfondite sulla società consulta la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito al seguente link: www.intesasnpaoloprotezione.com/la-nostra-societa

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Intesa Sanpaolo Protezione dà:

- ✓ Odontoiatria: visita e ablazione tartaro, visita Pedodontica e/o ablazione tartaro, Sigillatura denti figli minorenni, Interventi chirurgici odontoiatrici
- ✓ Prevenzione: prevenzione base, sindrome metabolica, prevenzione donna, prevenzione uomo,
- ✓ Invalidità permanente
- ✓ Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o in day surgery o in day hospital
- ✓ Trisomia 21 – Sindrome di down: la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità
- ✓ Visite psicologiche/psichiatriche
- ✓ Logopedia figli minorenni
- ✓ Prestazioni sociali (solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria): indennità spese assistenziali figli disabili del Titolare caponucleo

L'impegno di Intesa Sanpaolo Protezione è rapportato alle somme assicurate concordate con il Contraente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) terapie medico-chirurgiche con finalità estetica e/o ricostruttiva (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connessi all'elenco degli interventi chirurgici di cui all'allegato 2) e, con esclusivo riferimento ai piani integrativi, quelli resi necessari da intervento demolitivo per neoplasia maligna, anche effettuati in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di

	polizza). Sono esclusi gli interventi di simmetrizzazione mammaria 2) interventi e qualsiasi atto chirurgico, prestazioni, terapie o procedure per trattare l'infertilità o la sterilità maschile o femminile accertata e comunque tutti gli atti per la fecondazione artificiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari in materia di procreazione medica assistita 3) Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari 4) trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool, di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni 5) infortuni che derivano dalla pratica sportiva professionale 6) infortuni che derivano dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti 7) infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato 8) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla radioterapia 9) conseguenze di guerra, insurrezioni e di qualsiasi atto di terrorismo 10) conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti 11) terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari 12) certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive 13) imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei cd, dei dvd, spese di viaggio 14) iniezioni sclerosanti 15) medicina legale e medicina del lavoro 16) prestazioni di medicina generica comprese, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari 17) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari 18) ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona 19) prestazioni effettuate in palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico; spese per il noleggio di apparecchiature, presidi e protesi 20) agopuntura, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari 21) tutte le prestazioni non espressamente previste dai Piani Sanitari. 22) interventi di chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità, eccetto i casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica 23) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) 24) ricoveri impropri 25) conseguenze dirette o indirette di pandemie.
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Il Contraente/Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo Protezione se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice civile). Vale anche se lo stesso rischio è coperto da contratti con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso di Intesa Sanpaolo Protezione. Di seguito i massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie per il Piano MS4. Se non diversamente indicato, i massimali sono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

PIANO MS4

**Massimali*/somme
assicurate -
scoperti/franchigie/
massimi
indennizzabili**

PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI)

**gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G) ed estensione
ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale**

A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)

Massimale

diretta
rimborso/S.S.N.

con eccezione di quelli previsti dai § D e G

illimitato

18.000,00 euro per interventi ordinari

22.500,00 euro per interventi complessi

45.000,00 euro per trapianti

8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato
"Elenco Grandi Interventi chirurgici"

Sub massimale intervento ricostruttivo post
mastectomia

4.000,00 euro una tantum a triennio (2024-2026) per evento a
mammella

Intervento laser correzione difetti visivi

Solo per diottrie >=7 per ciascun occhio

Condizioni

diretta

Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco
Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 35% in caso di
interventi che non rientrano nell'allegato.

rimborso
Ticket

Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi per
interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi
chirurgici"; scoperto 35% in caso di interventi che non
rientrano nell'allegato

100%

Pre/post

giorni illimitati

Trasporto sanitario

100%

Retta di degenza dell'accompagnatore

100%

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G e solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery)

100,00 euro al giorno max. 150 gg.

A.3 Diaria da gesso

Massimale

illimitato

25,00 euro al giorno per ogni giorno di applicazione, max
60 giorni, a valere nel massimale del singolo intervento

Condizioni

B. PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

B.1 Alta Specializzazione

Massimale

da elenco
max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in
presenza di figli disabili nel nucleo familiare.

Condizioni

diretta

Scoperto 40%

rimborso

		max. 70,00 euro per accertamento
B.2 Visite specialistiche		
Massimale		max. 5 visite per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	franchigia 40,00 euro max. 50,00 euro per visita
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche		
Massimale		5.000 euro anno/nucleo
Condizioni	<i>Ticket</i>	100%
B.4 Accertamenti diagnostici		
Massimale		max. 5 accertamenti per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 30% max. 30,00 euro per fattura
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ		
- B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO - Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N. - test genetici prenatali (E.G.Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale - amniocentesi o villocentesi: • per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione • per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto. - B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE - visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia - controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale - una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.		Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% 100% 100%
B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	Illimitato Illimitato
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% max. 36,00 euro per visita 100%
C. FISIOTERAPIA		
C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio		
Massimale	diretta/diretta domiciliare rimborso/S.S.N.	500,00 euro 250,00 euro
Condizioni	diretta diretta domiciliare rimborso Ticket	Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione 100%
C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare rimborso/S.S.N.	500,00 euro 250,00 euro
Condizioni	diretta diretta domiciliare rimborso Ticket	Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso Scoperto 30% 100%
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare rimborso/S.S.N.	500,00 euro 250,00 euro
Condizioni		

	diretta diretta domiciliare rimborso Ticket	Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione 100%
D. ODONTOIATRIA		
D.1 Cure dentarie		cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta	3.500,00 euro
Condizioni	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e ablazione tartaro Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.
	diretta rimborso Ticket	Scoperto 35% Scoperto 25% 100%
D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Massimale	diretta	illimitato
Condizioni	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie
	diretta rimborso Ticket	100% Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona 100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro		Una volta l'anno
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% max. 45,00 euro anno/persona 100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		Illimitato
Massimale		
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona 100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della

Massimale Condizioni diretta Ticket	mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare; Gengivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) ; Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosi; Pedo estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico. L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo Protezione si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento. 3.500,00 euro Scoperto 35% 100%
E. PREVENZIONE	
La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026. Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.	
E.1 PREVENZIONE BASE	
E.1.1 Prevenzione base	esami del sangue [alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base, , come

		da elenco. Una volta ogni 2 anni per nucleo familiare.
Massimale		
	diretta	Illimitato
Condizioni	rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.1.2 Prevenzione Monitoraggio Patologie Tiroidee		
Massimale		visita endocrinologica, TSH, FT3 e FT4; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
	diretta	Illimitato
Condizioni	rimborso	50,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
rimborso		Scoperto 20%
E.1.3 Prevenzione Sovraccarico Funzionale		
Massimale		visita fisiatrica o ortopedica; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
	diretta	Illimitato
Condizioni	rimborso	50,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
rimborso		Scoperto 20%
E.1.4 Sindrome metabolica		
		L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata.
Massimale		Una volta l'anno/ogni 6 mesi. Prestazioni da elenco
	diretta	Illimitato
Condizioni	rimborso	25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.2 PREVENZIONE DONNA		
E.2.1 Pacchetto Donna		Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS) Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B) Donne – tra 40 e 49 anni • Visita senologica • Mammografia Donne – oltre i 50 anni Mammografia

		Donne – senza limiti di età Ecografia transvaginale Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), con eccezione della “Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)” (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026).
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025)
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025). Uomo – oltre i 21 anni - visita cardiologica - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) Uomo – oltre i 50 anni • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo Uomo – senza limite di età - visita urologica - ecografia prostatica (Ecografia transrettale)
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2023 potrà eseguirlo nel 2025):
Massimale	diretta	• PSA FREE: • 2 PRO PSA
		Illimitato

Condizioni	rimborso	50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)		
F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio) A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL tra 24% e 33% >33% e fino 66% >66% e fino 100%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 7.000,00 euro 10.000,00 euro 15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80% tra 80% e 90% tra 91% e 100%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 8.000,00 euro 10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital Massimale Condizioni		da elenco. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno. 1.500,00 euro per evento 1.500,00 euro per evento Scoperto 35% Scoperto 35% 100%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto Massimale		150,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2024-2026) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche Massimale		
G.4 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)		In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.
G.5 Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)\a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica Massimale		un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro 250,00 euro
G.6 Logopedia figli minorenni		

Massimale		100,00 euro 100% max. 20,00 euro a seduta 100%
	diretta rimborso Ticket	
G.7 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia) G.7.1 Bambini (0-11 non compiuti)- Visite ed accertamenti diagnostici Massimale		10.000,00 euro anno/figli 100% max. 36,00 euro per visita e per fattura 100%
	diretta rimborso Ticket	
G.7.2 Bambini (0-11 non compiuti)- Esami di laboratorio Massimale		5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura 100% max. 36,00 euro a fattura 100%
	diretta rimborso Ticket	
G.7.3 Adolescenti (11-18 non compiuti)-Visite ed accertamenti diagnostici Massimale		max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno 10.000,00 euro anno/figli 100% max. 36,00 euro per visita e per fattura 100%
	diretta rimborso Ticket	
G.7.4 Adolescenti (11-18 non compiuti)-Esami di laboratorio Massimale		5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura 100% max. 36,00 euro a fattura 100%
	diretta rimborso Ticket	
G.8 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici Massimale rimborso		750,00 euro max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio
G.9 Cure termali Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione)		
Massimale		illimitato 50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno 100%
	diretta rimborso Ticket	
Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico) Massimale		illimitato 50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno 100%
	diretta rimborso Ticket	
H. PRESTAZIONI SOCIALI (solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)		

H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo	Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.
--	---

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, tutoring, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.

***I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato**
Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo Protezione appena possono, per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la domanda di rimborso.
	Assistenza diretta/in convenzione: l'Assicurato può accedere alle prestazioni sanitarie e odontoiatriche del Network reso disponibile da Intesa Sanpaolo Protezione dopo aver attivato la Centrale operativa.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze (Art. 2952 del Codice civile). Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno del sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto al rimborso e può cessare l'assicurazione (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile). L'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo Protezione ogni aggravamento e diminuzione del rischio.
Obblighi dell'impresa	Intesa Sanpaolo Protezione si impegna a: a) Regime di assistenza diretta - rilasciare il VoucherSalute® entro 7 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di autorizzazione completa se le verifiche tecnico-mediche-assicurative hanno avuto esito positivo. L'Assicurato, previa prenotazione, può effettuare la prestazione nella struttura indicata nel VoucherSalute® entro 90 giorni dal rilascio. La prestazione entro 90 giorni è garantita solo per le strutture proposte dalla Centrale operativa. b) Regime rimborsuale - mettere in pagamento l'indennizzo (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni lavorativi (25 giorni lavorativi in caso di sospensione della pratica per richiesta di integrazione documentale) dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Rimborso	Non è previsto il rimborso del premio perché è dovuto sino al mese di permanenza in

	copertura assicurativa. Se la comunicazione di esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa da parte del Fondo a Intesa Sanpaolo Protezione avviene entro il quinto giorno del mese successivo rispetto al mese di cessazione (mese di riferimento), quest'ultima ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di riferimento. Se la comunicazione è ricevuta dalla Compagnia successivamente al predetto quinto giorno, la cessazione ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione. La cessazione produce contestualmente i suoi effetti anche per i componenti del Nucleo familiare a carico del Titolare caponucleo. Per i componenti del Nucleo Familiare non a carico la copertura cessa al 31 dicembre dell'anno cui si riferisce l'adesione del familiare pagante.
--	--

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il Fondo Metasalute e Intesa Sanpaolo Protezione, quest'ultima anche nell'interesse delle imprese coassicuratrici, hanno facoltà di recedere dalla Convenzione, con effetto dalle 00.00 del 01.01.2025 ovvero dalle 00.00 del 01.01.2026. Il recesso, a pena di decadenza, dovrà essere comunicato per iscritto a tutte le altre parti della Convenzione mediante raccomandata A.R. o PEC entro il 01.07 dell'anno antecedente all'efficacia del recesso stesso.
Risoluzione	La copertura assicurativa cessa in ragione della richiesta di esclusione del lavoratore formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo Protezione, sotto la sua piena responsabilità, in ragione della perdita del diritto del lavoratore stesso di fruire dei Piani Sanitari del Fondo.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Ai lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute e relativo nucleo familiare a carico. È data facoltà al dipendente di estendere la copertura assicurativa, su base volontaria e a fronte del pagamento del relativo premio, ai componenti del nucleo familiare non a carico.	

 Quali costi devo sostenere?	
Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami sul contratto o un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati all'Ufficio Reclami di Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A. a scelta: - compilando on line il modulo (https://www.intesasanpaoloprotezione.com/inviare-reclamo) - per posta, ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo Protezione - Via S. Francesco d'Assisi, 10 - 10122 Torino - per fax: 011.093.00.15 - per mail: reclami@intesasanpaoloprotezione.com - a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaoloprotezione.com Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo: - nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato - nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità - numero di pratica - esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto. Intesa Sanpaolo Protezione risponde al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'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:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n°98). Il tentativo di mediazione costituisce 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 di procedibilità per poter agire giudizialmente.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE/ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.