

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



Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.

Prodotto: "SFERA+"

Data di realizzazione: 18/04/2026.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti.

## Che tipo di assicurazione è?

SFERA+ è un prodotto che permette di acquistare più coperture assicurative (Moduli) per la protezione della famiglia, della salute e dei beni, sottoscrivendo un unico contratto. Alla sottoscrizione deve essere acquistato almeno un Modulo. I Moduli possono essere acquistati anche dopo la sottoscrizione del contratto con l'emissione di un'Appendice contrattuale.

SFERA+ può essere sottoscritto esclusivamente da chi è titolare di un conto corrente presso Fideuram - Intesa Sanpaolo Private Banking S.p.A.



## Che cosa è assicurato?

- ✓ Il **Modulo Spese Mediche** prevede il pagamento (modalità diretta) o il rimborso (modalità rimborsuale) delle spese per:
- Copertura Base**
- Ricoveri con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery o intervento chirurgico ambulatoriale, parto naturale, parto cesareo o aborto terapeutico, interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici congeniti neonatali, rette di degenza dell'accompagnatore, trasporto sanitario, protesi non chirurgiche ed ausili conseguenti a ricovero
  - Indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero in assenza di spese documentate
  - Chirurgia con finalità estetica per specifiche prestazioni
  - Visite specialistiche e assistenza infermieristica domiciliare
  - Pacchetti di prevenzione in forma diretta
  - Farmaci per i quali è previsto l'obbligo di prescrizione
  - Prestazioni di diagnostica, analisi di laboratorio, trattamenti e terapie oncologiche, dialisi.

Estensioni di garanzia opzionali (se acquistate)

### Fisioterapia

- trattamenti fisioterapici a fini riabilitativi a seguito di: infortunio documentato; gravi eventi morbosi e gravi patologie neurologiche; malattie osteo-articolari cronico-degenerative.

### Oculistica

- Visita oculistica di controllo una volta all'anno
- Visite oculistiche ed esami prescritti
- Occhiali da vista, lenti a contatto graduate, lenti e montatura per occhiali da sole graduati
- Interventi di chirurgia refrattiva e di cataratta.

### Cure dentarie

- Cure conservative e diagnostica
- Implantologia e protesi
- Ortodonzia
- Prevenzione odontoiatrica.

Per il **Modulo Spese Mediche** la copertura è prestata per le somme assicurate indicate nel Documento di Polizza o nell'Appendice contrattuale sottoscritta.



## Che cosa non è assicurato?

- ✗ **Modulo Spese Mediche:**
- Non è assicurabile chi, al momento della sottoscrizione, ha un'età superiore a 70 anni.
- Non sono inoltre assicurabili le persone che al momento della sottoscrizione del Modulo sono residenti all'estero o trasferiscono la residenza all'estero in corso di validità del Modulo Spese Mediche.
- Non sono inoltre assicurabili le persone che al momento dell'acquisto del Modulo sono alcolisti, tossicodipendenti o sieropositivi HIV o che lo diventano in corso di validità del Modulo Spese Mediche.



## Ci sono limiti di copertura?

- ! **Modulo Spese Mediche:** sono previsti franchigie e scoperti a carico dell'Assicurato in base al livello di copertura scelto tra le opzioni Silver, Gold e Diamond.

COPERTURA BASE - RICOVERI E INTERVENTI			
Prestazioni / Modalità	SILVER	GOLD	DIAMOND
Ricoveri con/senza intervento, DH/DS, ICA, Parto, Aborto Terapeutico (in forma rimborsuale o equipie non in network)	Scoperto 20% min. € 750 a evento	Scoperto 15% min. € 500 a evento	Scoperto 10% a evento
Chirurgia con finalità estetica (in forma diretta)	Franchigia € 350 a intervento	Franchigia € 350 a intervento	Franchigia € 150 a intervento
Chirurgia con finalità estetica (In forma rimborsuale)	Scoperto 25% min. € 500 a intervento	Scoperto 20% min. € 500 a intervento	Scoperto 10% a intervento
Interventi neonatali (malformazioni congenite)	Entro 6 mesi dalla nascita	Entro 12 mesi dalla nascita	Entro 18 mesi dalla nascita
COPERTURA BASE - VISITE SPECIALISTICHE, PREVENZIONE E FARMACI			
Prestazioni / Modalità	SILVER	GOLD	DIAMOND
Visite specialistiche (in forma diretta)	Franchigia € 35 a visita	Franchigia € 25 a visita	
Visite specialistiche (in forma rimborsuale)	Scoperto 20% min. € 35 a visita	Scoperto 20% min. € 25 a visita	Scoperto 10% a visita
Farmaci Prescritti (in forma rimborsuale)	Franchigia € 35 per evento patologico / infortunio	Franchigia € 25 per evento patologico / infortunio	Franchigia € 15 per evento patologico / infortunio
COPERTURA BASE - DIAGNOSTICA E ANALISI			
Prestazioni / Modalità	SILVER	GOLD	DIAMOND
Diagnostica e terapie oncologiche / dialisi (in forma diretta)	Franchigia € 55 a prestazione	Franchigia € 35 a prestazione	
Diagnostica e terapie oncologiche / dialisi (in forma rimborsuale)	Scoperto 20% min. € 55 a prestazione	Scoperto 20% min. € 35 a prestazione	Scoperto 10% a prestazione
Analisi di laboratorio (in forma diretta)	Franchigia € 35 a fattura	Franchigia € 25 a fattura	
Analisi di laboratorio (in forma rimborsuale)	Scoperto 20% min € 35 a fattura	Scoperto 20% min € 25 a fattura	Scoperto 10% a fattura

### OCULISTICA

Prestazioni / Modalità	SILVER	GOLD	DIAMOND
Lenti e occhiali da vista Rimborsuale	Scoperto 20%	Scoperto 15%	Scoperto 10%
Interventi di chirurgia refrattiva e alla cataratta (in forma rimborsuale)	Scoperto 25%	Scoperto 15%	Scoperto 10%



## Che obblighi ho?

- All'atto dell'acquisto del Modulo, devi fornire le informazioni relative al rapporto di parentela che hai con le persone appartenenti al tuo nucleo familiare da inserire in copertura come Assicurati. Tali dichiarazioni devono essere vere ed esatte, e sulla base di queste viene calcolato il premio del Modulo e la possibilità di mettere in copertura ciascun Assicurato.
- Prima del suo inserimento in copertura, l'Assicurato ha il dovere di fornire le informazioni relative alla sua età, alla sua residenza e al suo stato di salute. In caso di dichiarazioni false o inesatte l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo o l'indennizzo viene riproporzionato in base alla differenza tra il premio pagato e quello che sarebbe stato da pagare se fosse stata fornita una dichiarazione esatta.
- L'Assicurato ha inoltre l'obbligo, in corso di contratto, di comunicare l'eventuale modifica della provincia di residenza o se è diventato alcolista, tossicodipendente o affetto da sieropositività HIV. In caso di dichiarazioni false o inesatte l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo o l'indennizzo viene riproporzionato in base alla differenza tra il premio pagato e quello che sarebbe stato da pagare se fosse stata fornita una dichiarazione esatta.
- Il Cliente, l'Assicurato, i relativi familiari e aventi diritto consentono a Intesa Sanpaolo Protezione di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.
- Per richiedere le prestazioni in Assistenza diretta l'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa di InSalute Servizi.



## Quando e come devo pagare?

Il premio è calcolato su base annuale ed è addebitato in rate mensili, senza l'aggiunta di alcun interesse. Puoi pagare il premio con addebito sul conto di Fideuram - Intesa Sanpaolo Private Banking S.p.A. o con gli strumenti di pagamento elettronico resi disponibili tempo per tempo da Fideuram - Intesa Sanpaolo Private Banking S.p.A. o da Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le prestazioni della Copertura Base diventano operanti a partire dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza del Documento di Polizza o dell'Appendice Contrattuale sottoscritta per il loro acquisto, per le prestazioni da infortunio e per la prevenzione
- del 30° giorno successivo alla decorrenza del Documento di Polizza o dell'Appendice Contrattuale sottoscritta per il loro acquisto, per i ricoveri con o senza intervento conseguenti a malattia
- del 60° giorno successivo alla decorrenza del Documento di Polizza o dell'Appendice Contrattuale sottoscritta per il loro acquisto, per visite specialistiche, diagnostica, analisi di laboratorio e farmaci
- del 90° giorno successivo alla decorrenza del Documento di Polizza o dell'Appendice Contrattuale sottoscritta per il loro acquisto, per gli interventi di chirurgia con finalità estetica
- del 271° giorno successivo alla decorrenza del Documento di Polizza o dell'Appendice Contrattuale sottoscritta per il loro acquisto, per il parto e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti neonatali.

Le prestazioni dell'estensione di garanzia opzionale Fisioterapia diventano operanti a partire dalle ore 24 del giorno di decorrenza del Documento di Polizza o dell'Appendice Contrattuale sottoscritta per il loro acquisto.

Le prestazioni dell'estensione di garanzia opzionale Oculistica diventano operanti a partire dalle ore 24:

- del 90° giorno successivo alla decorrenza del Documento di Polizza o dell'Appendice Contrattuale sottoscritta per il loro acquisto, per gli interventi di chirurgia refrattiva, per gli interventi di cataratta e per le visite oculistiche ed esami per malattie o infortuni
- del giorno di decorrenza del Documento di Polizza o dell'Appendice Contrattuale sottoscritta per il loro acquisto, per la garanzia "Visita specialistica di controllo" e "Lenti e occhiali".

Le prestazioni dell'estensione di garanzia opzionale Cure Dentarie diventano operanti a partire dalle ore 24:

- del 90° giorno successivo alla decorrenza del Documento di Polizza o dell'Appendice Contrattuale sottoscritta per il loro acquisto, per la Garanzia Cure Odontoiatriche, Implantologia e Protesica e Ortodonzia
- del giorno di decorrenza del Documento di Polizza o dell'Appendice Contrattuale sottoscritta per il loro acquisto, per la garanzia "Prevenzione odontoiatrica".

Tutte le coperture finiscono alla data indicata nel Documento di Polizza o nell'Appendice contrattuale sottoscritta per il loro acquisto e in assenza di disdetta si rinnovano tacitamente di anno in anno. La Copertura Base finisce comunque alla ricorrenza annua della polizza successiva al compimento dei 90 anni dell'Assicurato. Le coperture delle Estensioni di garanzia opzionali Fisioterapia, Oculistica e Cure dentarie finiscono comunque alla ricorrenza annua della polizza successiva al compimento degli 80 anni dell'Assicurato.



## Come posso disdire la polizza?

Puoi estinguere la polizza SFERA+ chiedendone il recesso (nei primi due anni) o la disdetta (a partire dal terzo anno), o estinguere il solo Modulo Spese Mediche, se acquistato da almeno 6 mesi, inviando a Intesa Sanpaolo Protezione S.p.A., entro 30 giorni dalla ricorrenza annua della polizza, lettera raccomandata A/R, messaggio di posta elettronica certificata a [comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com](mailto:comunicazioni@pec.intesasanpaoloprotezione.com). Le coperture assicurative del Modulo Spese Mediche cessano in ogni caso alle ore 24 della ricorrenza annua della polizza SFERA+ successiva alla richiesta di estinzione.