



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA TUTELA DELLA SALUTE.

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

Il presente Set Informativo, composto da:

- Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini,
 - Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni),
 - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni),
- deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

 **ITALIANA**
ASSICURAZIONI

T O G E T H E R M O R E

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE ACQUAMARINA

Mod. MAL50101
Ed. 06/2020

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
ASSISTENZA - BLUE ASSISTANCE - 24 ore – 7 giorni su 7	800 042 042
SERVIZIO CLIENTI – BENVENUTI IN ITALIANA	800 101 313

AREA RISERVATA



Dopo la sottoscrizione, all'indirizzo www.italiana.it è possibile accedere all'Area Riservata al Contraente (c.d. home insurance), per consultare e gestire telematicamente il contratto (ad esempio: pagare il premio successivo al primo, chiedere la liquidazione di un sinistro o la modifica dei propri dati personali). È possibile accedere anche tramite l'App Italiana Mobile.
L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

Acquamarina è una polizza sanitaria che contiene garanzie assicurative e servizi per far fronte agli eventi che possono compromettere la salute e l'integrità fisica della persona, a seguito di una malattia o di un infortunio. Il prodotto è pensato per singoli individui e/o famiglie che guardano al Servizio Sanitario Nazionale come punto di riferimento per ricoveri e interventi chirurgici e che, quindi, per tali prestazioni si rivolgerebbero ad un ospedale pubblico, senza sostenere costi e non necessitando, di conseguenza, di rimborsi.

Tuttavia, l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale non sempre è snello e veloce, per cui la possibilità di integrare alcune prestazioni privatamente, senza per questo incorrere in esborsi economici importanti, permette di affrontare con tempestività e maggiore serenità le cure.

Il prodotto si articola in due pacchetti, alternativi tra loro, con garanzie e coperture crescenti:

BASIC

Rimborso spese di cura (pre e post ricovero)

Indennizzo da ricovero

Assistenza persona

PLUS

In aggiunta alle prestazioni dell'opzione Basic, prevede anche:

Visite specialistiche (comprehensive di accertamenti diagnostici)

Assistenza

Con l'opzione Basic puoi gestire con efficienza accertamenti diagnostici, esami clinici e visite specialistiche, precedenti e successivi ad un ricovero, potendo rivolgerti anche a strutture private, riducendo i tempi di attesa. In più puoi contare su un indennizzo forfettario in caso di ricovero o intervento chirurgico, che ti consente, ad esempio, di sostenere eventuali spese accessorie causate dal ricovero (trasporto dall'abitazione all'ospedale, assistenza ospedaliera, babysitter per i figli rimasti a casa, etc) oppure ti permette di integrare il reddito nei giorni di degenza, affrontando con più serenità il periodo d'inattività lavorativa.

Grazie alla garanzia Assistenza Persona, infine, puoi contare su un ampio ventaglio di servizi e prestazioni per far fronte ad urgenze di natura sanitaria.

In particolare, in seguito ad un ricovero e alle dimissioni ospedaliere, potrai beneficiare del supporto a domicilio di personale sanitario qualificato, che ti aiuterà ad affrontare al meglio il periodo di convalescenza. Un utile sostegno vista la tendenza generalizzata a ridurre il tempo di degenza in ospedale.

Se invece vuoi ampliare ulteriormente le tutele previste nell'opzione Basic, puoi allora scegliere il pacchetto Plus, che estende la tua copertura anche a accertamenti diagnostici, esami clinici e visite specialistiche non legate ad un ricovero, ma semplicemente rese necessarie da una patologia o da un infortunio.

Anche l'Assistenza viene ampliata, con utili prestazioni aggiuntive pensate soprattutto per i nuclei familiari.



Controlla i box di consultazione che troverai all'interno delle condizioni assicurative: ti indicheranno gli aspetti più salienti, le precisazioni utili sul contratto e spiegazioni di temi complessi.

Il testo contenuto nel box è un esempio con finalità esplicative e non ha valore contrattuale. Per l'applicazione della polizza è quindi sempre necessario fare riferimento al testo contrattuale all'origine degli esempi stessi.

INDICE

GLOSSARIO	5
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	8
 1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO	8
 2 DURATA DELLA COPERTURA	8
 3 RECESSO	9
 4 INFORMAZIONI SUL PREMIO	9
 5 DOVE VALE LA COPERTURA	9
 6 ALTRE INFORMAZIONI	9
SEZIONE MALATTIE	11
 7 CHE COSA È ASSICURATO	11
 8 CHE COSA NON È ASSICURATO	13
 9 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI	14
 10 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	15
SEZIONE ASSISTENZA	18
 11 CHE COSA È ASSICURATO	18
 12 CHE COSA NON È ASSICURATO	25
 13 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	26
APPENDICE 1 - GRAVI PATOLOGIE	28

LEGENDA



CHE COSA È ASSICURATO

Qui trovi le informazioni sulle differenti coperture presenti in polizza. Ricordati che le garanzie acquistate saranno indicate sulla scheda di polizza.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sul funzionamento di alcune garanzie come ad esempio la modalità di erogazione delle prestazioni e le somme assicurate.



CHE COSA NON È ASSICURATO

Qui trovi le informazioni su quali persone non risultano assicurabili e su quali eventi sono esclusi dalla presente polizza nonché i periodi all'interno dei quali alcune garanzie non operano.



TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

In questo capitolo puoi reperire, per ogni singola garanzia, i limiti di indennizzo, gli scoperti, le franchigie ed eventuali regole di abbinamento tra differenti garanzie.



CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Qui trovi le informazioni sulla procedura da intraprendere in caso di evento coperto dalla presente polizza. Puoi reperire i contatti a cui fare riferimento nonché la documentazione da consegnare e le tempistiche di accertamento del sinistro nonché di liquidazione dell'indennizzo.



OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

In questo capitolo puoi reperire le informazioni relative agli obblighi e agli adempimenti che derivano al contraente/assicurato all'inizio del contratto e nel corso della sua durata.



DURATA DELLA COPERTURA

Qui trovi le condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



RECESSO

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle modalità di scioglimento del contratto.



INFORMAZIONI SUL PREMIO

Qui trovi le informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei premi.



DOVE VALE LA COPERTURA

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sull'ambito geografico nel quale la copertura è valida.



ALTRE INFORMAZIONI

Qui trovi tutte le informazioni presenti nella Sezione "Norme comuni a tutte le garanzie" non indicate nei capitoli precedenti.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grigio devono essere lette attentamente dal *Contraente/Assicurato*.

GLOSSARIO

I termini , il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in corsivo.

I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia, a carattere anche cruento e/o invasivo.

ASSICURATO

La persona protetta dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE

Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto della *Società*, alla liquidazione dei *sinistri* ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le *strutture sanitarie* selezionate dalla *Società* stessa.

CARD SALUTE

La Card Salute è una carta per il riconoscimento dell'*Assicurato* nelle *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, valida per tutta la durata contrattuale.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il *ricovero*, contenente le generalità dell'*Assicurato*, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di *Blue Assistance S.p.A.* che organizza ed eroga le prestazioni e i servizi di assistenza previsti in *polizza*.

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con la *Società*.

DAY HOSPITAL / DAY SURGERY

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di *cartella clinica*.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

Parte del danno indennizzabile, espressa in cifra fissa (franchigia) o in percentuale (scoperto), che rimane a carico dell'*Assicurato*.

GRAVE PATOLOGIA

Le patologie indicate all'Appendice 1.

INABILITÀ TEMPORANEA

Temporanea incapacità fisica dell'*Assicurato* a svolgere le sue normali occupazioni.

INDENNIZZO

Somma dovuta dalla *Società* in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza *ricovero* presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti la quale dovrà avvenire con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Sono considerati interventi chirurgici anche la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.

Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:

- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo (salvo le endoscopie sopra descritte);
- le iniezioni.

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'*Assicurato* non dipendente da *infortunio*.

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della *polizza*.

MASSIMALE

Somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e per persona, la *Società* presta la garanzia.

NON AUTOSUFFICIENZA

Impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana:

- lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale.
- nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
- muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
- vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.

NUCLEO FAMILIARE (Definizione valida solo per la Sezione Assistenza)

Coniuge, convivente more uxorio e figli conviventi con il *Contraente*, come risultante da certificato anagrafico di stato di famiglia.

PARTI

Il *Contraente* e la *Società*.

POLIZZA

Insieme dei documenti che comprovano il contratto di *assicurazione*.

PREMIO

Somma dovuta dal *Contraente* alla *Società*.

RESIDENZA

Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'*Assicurato* ha stabilito la dimora abituale.

RICOVERO

Permanenza in *struttura sanitaria* con pernottamento o in *day hospital / day surgery*.

SCHEDA DI POLIZZA

Documento che riporta i dati necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del *Contraente*, i dati identificativi del rischio, il *premio* e la sottoscrizione delle *Parti*.

SINISTRO

Si considerano sinistro: il *ricovero*, l'*intervento chirurgico*, il ricovero domiciliare o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie assicurate. Per le prestazioni di Assistenza si considera sinistro il verificarsi dell'evento.

SOCIETÀ

Italiana Assicurazioni S.p.A..

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie anche in regime di degenza diurna.

Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le strutture di convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, le Residenze Sanitarie Assistenziali, i centri del benessere.

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con *Blue Assistance*, presso i quali l'*Assicurato* può fruire di tariffe agevolate per le prestazioni sanitarie coperte dalla *polizza*.

Prima di effettuare le prestazioni l'*Assicurato* deve consultare l'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati nel sito internet www.italiana.it.

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

Terapie specifiche (radarterapia, ultrasuoni, kinesiterapia e simili) prescritte dal medico curante, praticate da personale abilitato ed effettuate unicamente in *strutture sanitarie* autorizzate.

VISITA SPECIALISTICA

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia motivo della visita stessa.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Norme valide per tutte le garanzie prestate dall'*assicurazione*.

1. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO



1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* o dell'*Assicurato* relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo* nonché la stessa cessazione dell'*assicurazione* ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

1.2 CAMBIO DI RESIDENZA DEL CONTRAENTE E/O DEGLI ASSICURATI ALL'ESTERO

Gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico del *Contraente*.

Nel caso in cui il *Contraente*, nel corso della durata del contratto, trasferisca la propria *residenza* in qualunque altro Stato, è obbligato a comunicarlo alla *Società* a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento. Si ricorda che il trasferimento di *residenza* potrebbe comportare un ulteriore onere al *Contraente*, se previsto dall'Autorità dello Stato estero della nuova *residenza*. Qualora il *Contraente* ometta di comunicare tale variazione, la *Società* potrà richiedere allo stesso il pagamento di un importo pari a quello che la stessa abbia eventualmente versato all'Autorità dello Stato estero.

Il *Contraente* si obbliga altresì a comunicare alla *Società* il trasferimento del proprio domicilio, se persona fisica, o della sede o stabilimento cui sono addette le persone assicurate, se persona giuridica, in Stato diverso da quello indicato al momento della stipula della *polizza*.

1.3 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve comunicare per iscritto alla *Società* l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di *sinistro* il *Contraente* o l'*Assicurato* deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

2. DURATA DELLA COPERTURA



L'*assicurazione* ha durata quinquennale ed ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella *scheda di polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

Se il *Contraente* non paga i premi o le rate di *premio* successive, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza.

L'*assicurazione* riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.



3. RECESSO

Il *Contraente* ha facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di almeno 30 giorni inviando comunicazione di disdetta mediante lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) alla *Società* almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.



4. INFORMAZIONI SUL PREMIO

Il *premio* è sempre determinato per periodi di assicurazione di 1 anno ed è interamente dovuto dal *Contraente*, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.

Il *premio* è determinato dall'età dell'*Assicurato* al momento della stipulazione della *polizza*. Il *premio* così determinato resta costante per tutta la durata del contratto di assicurazione.

Al fine di essere in copertura a partire dalla data di decorrenza della *polizza* il *premio* o la prima rata di *premio* deve essere pagato entro tale data.



5. DOVE VALE LA COPERTURA

L'*assicurazione* vale in tutto il mondo.



6. ALTRE INFORMAZIONI

6.1 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

Per la Sezione Malattie, in caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi* si potrà procedere, su accordo tra le *Parti*, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:

- A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle *Parti*, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza* dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le *Parti*;
- B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto A, oppure in alternativa ad essa. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle *Parti* e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza* dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

6.2 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di *residenza* dell'*Assicurato*.

6.3 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La *Società* rinuncia al diritto di surrogazione nei confronti delle seguenti persone:

- Familiari conviventi dell'*Assicurato*;
- Familiari non conviventi dell'*Assicurato* fino al 3° grado di parentela;
- *Contraente* e *Assicurati* nella medesima *polizza* (quando il *Contraente* non sia una persona fisica, la *Società* rinuncia al diritto di surrogazione anche nei confronti dei legali rappresentanti).

6.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'*assicurazione* devono essere provate per iscritto.

6.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

6.6 SOSTITUZIONE DI POLIZZA

Qualora la *polizza* sia sostituita, senza soluzione di continuità, da copertura analoga sempre presso la *Società*, per lo stesso rischio, relativamente agli stessi *Assicurati*, si conviene che la *Società* estende la copertura dell'*assicurazione*, mantenendo le stesse condizioni della *polizza* sostituita, alle prestazioni sanitarie conseguenti a *malattia* o *infortunio* occorsi durante la validità della *polizza* sostituita purchè effettuate entro trenta giorni dalla decorrenza della nuova *polizza*. Resta convenuto che le predette prestazioni sanitarie devono essere conseguenti a *malattia* diagnosticata o *infortunio* occorso durante la validità della *polizza* sostituita, semprechè non fossero già escluse dalla *polizza* stessa.

SEZIONE MALATTIE

La Società assicura le persone indicate nella *scheda di polizza* e presta le garanzie sotto indicate solo se espressamente richiamate nella *scheda di polizza*.



7. CHE COSA È ASSICURATO

7.1 RIMBORSO SPESE DI CURA

7.1.1 OGGETTO

La Società paga le spese sostenute dall'Assicurato nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi a *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia*, per le prestazioni di seguito elencate, con le modalità previste all'art. 7.1.2:

- *visite specialistiche*;
- *accertamenti diagnostici* (compresi gli onorari medici);
- *trattamenti di fisiokinesiterapia*;
- trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico;
- cure termali praticate successivamente al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, con esclusione delle spese alberghiere; purché le prestazioni suindicate siano inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*.

La Società paga, inoltre, le spese relative alle prestazioni sanitarie eseguite dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto, purché siano inerenti allo stato di gravidanza e fino alla concorrenza di € 300, per tutto il periodo suindicato. Le spese successive al *ricovero* per parto si intendono pertanto escluse.

In caso di *ricovero* in regime di S.S.N., reso necessario da *infortunio* o *malattia* o parto, naturale o cesareo, la Società paga, con le modalità previste all'art. 7.1.2, le spese sostenute dall'Assicurato per usufruire del maggior comfort alberghiero, ovvero della degenza che comporti l'utilizzo della camera in regime solventi, con il massimo di € 1.500 per il *ricovero* reso necessario da parto.

Anche in assenza di *ricovero* o *intervento chirurgico*, la Società paga le spese sostenute dall'Assicurato per chemioterapia e radioterapia praticate per la cura delle neoplasie maligne.

Si specifica che restano escluse le spese sostenute durante il *ricovero* o l'*intervento chirurgico* salvo quanto previsto per il maggior comfort alberghiero.

7.1.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia*, di cui all'art. 7.1.1, sono rimborsate:

- integralmente se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate*, previa presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*;
- integralmente in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale;

- con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35 per *sinistro*, se effettuate in *strutture sanitarie* non convenzionate o in *strutture convenzionate* senza presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*.

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 5.000 per persona e per anno assicurativo.

7.2 VISITE SPECIALISTICHE

7.2.1 OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico* la *Società* paga con i limiti e le modalità previste all'art. 7.2.2, le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'*Assicurato* per:

- *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante;
- *trattamenti di fisiokinesiterapia* resi necessari da *infortunio* e prescritti dal medico curante;
- onorari medici per *visite specialistiche* rese necessarie da *malattia* o *infortunio*.

7.2.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni serie di *accertamenti diagnostici*, per ogni ciclo di *trattamenti di fisiokinesiterapia* previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni *visita specialistica*, la garanzia opera:

- con l'applicazione di una *franchigia* di € 35 se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate*, previa presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*;
- integralmente in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale;
- con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35 per *sinistro*, se effettuate in *strutture sanitarie* non convenzionate o in *strutture convenzionate* senza presentazione della propria *Card Salute* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*.

Sono escluse le visite pediatriche, ginecologiche e le visite ed *accertamenti diagnostici* odontoiatrici e ortodontici.

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 5.000 per persona e per anno assicurativo.

7.3 INDENNIZZO DA RICOVERO

7.3.1 OGGETTO

La *Società* corrisponde all'*Assicurato*, per ogni *sinistro*:

- l'*indennizzo* indicato in *scheda di polizza*, in caso di *ricovero* con almeno un pernottamento reso necessario da *infortunio* o *malattia* diversi da *grave patologia*;
- il 30% dell'*indennizzo* indicato in *scheda di polizza* in caso di *day hospital*, *day surgery* e intervento ambulatoriale resi necessari da *infortunio* o *malattia* diversi da *grave patologia*;
- 3 volte l'*indennizzo* indicato in *scheda di polizza* in caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* resi necessari da *grave patologia*.

In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, la *Società* corrisponde un *indennizzo* forfettario di 750 €.

Il *massimale* per persona e per anno assicurativo è pari a tre volte l'*indennizzo* indicato in *scheda di polizza*.

Si specifica che per ogni serie di *day hospital* comprovata da unica *cartella clinica* l'indennità per *ricovero* viene corrisposta una sola volta.

8. CHE COSA NON È ASSICURATO



8.1 ESCLUSIONI

La *Società* non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo, al netto dell'imposta, verrà restituito dalla *Società*.

Il verificarsi di situazioni patologiche diverse da quelle sopra indicate non configura aggravamento del rischio.

L'*assicurazione* non vale per persone che, al momento della stipulazione della *polizza*, abbiano un'età superiore a 65 anni.

La *Società* non presta le garanzie previste dalla presente Sezione per:

- A *infortuni* derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;
- B *infortuni* derivanti da guida di veicoli in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e successive modificazioni ed integrazioni;
- C *infortuni* o *malattie* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- D conseguenze di:
 - *infortuni* occorsi,
 - *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'*assicurazione*;
- E *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'*assicurazione*;
- F patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;
- G prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio*, quest'ultimo purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche;
- H check-up di medicina preventiva;
- I interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- J paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;
- K aborto volontario non terapeutico;
- L infertilità, sterilità, impotenza;
- M sieropositività da virus H.I.V.;
- N conseguenze di:
 - atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
 - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artistiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
 - guerre, insurrezioni in genere;
 - movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano;
- O *ricoveri* dovuti alla necessità dell'*Assicurato*, dopo essere divenuto *non più autosufficiente*, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi).

8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

Fermo quanto previsto all'art. 2 DURATA DELLA COPERTURA e le esclusioni dell'art. 8.1, la garanzia decorre dalle ore 24:

A del giorno di effetto dell'*assicurazione* per gli *infortuni* e per l'aborto post-traumatico;

B del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per il parto e le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri, tramite esame ecografico, che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'*assicurazione*);

C del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le altre *malattie*.

In caso di *ricovero*, *intervento chirurgico* o di altre prestazioni sanitarie previste in *polizza* verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun *indennizzo* anche per prestazioni a loro connesse ed effettuate oltre i suddetti periodi.

Qualora la *polizza* sia emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *polizza* in essere con la *Società*, relativamente agli stessi *Assicurati* i termini di cui sopra operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente *polizza*.

9. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI



Garanzia	Somme assicurate	Scoperto e/o franchigia
Rimborso spese di cura	5.000 €	Scoperto del 30% col minimo di € 35 per <i>sinistro</i> per le prestazioni effettuate in <i>strutture sanitarie</i> non convenzionate o in <i>strutture convenzionate</i> senza presentazione della propria <i>Card Salute</i> al momento dell'accettazione presso la <i>struttura sanitaria</i> .
Visite specialistiche	5.000 €	Franchigia di € 35 in caso di utilizzo di una <i>struttura sanitaria convenzionata</i> con <i>Blue Assistance</i> previa presentazione della propria <i>Card Salute</i> al momento dell'accettazione presso la <i>struttura sanitaria</i> . Scoperto del 30% col minimo di € 35 per <i>sinistro</i> in caso di utilizzo di una <i>struttura sanitaria</i> non convenzionata con <i>Blue Assistance</i> o in caso di utilizzo di <i>strutture convenzionate</i> senza presentazione della propria <i>Card Salute</i> al momento dell'accettazione presso la <i>struttura sanitaria</i> .
Indennizzo da ricovero	A scelta tra: ▪ 1.000 € ▪ 3.000 € ▪ 5.000 €	



10. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Blue Assistance

- ha sede a Torino – via Santa Maria n. 11
- risponde ai numeri telefonici:

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 99

10.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all' art. 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del sinistro" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

La *Società*, nei limiti del *massimale* annuo, paga le spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del *sinistro* e comunque non oltre un anno dalla scadenza della *polizza*.

Qualora la *polizza* sia sostituita da copertura analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico della *Società*.

10.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

Il *Contraente* e l'*Assicurato* riconoscono espressamente che *Blue Assistance* non ha alcuna responsabilità per le prestazioni o loro esecuzione fornite dalle *strutture sanitarie* e dai *medici chirurghi con essa convenzionati*; pertanto prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.

Blue Assistance è comunque a completa disposizione del *Contraente* e dell'*Assicurato* per qualsiasi informazione inerente alla prestazione dei servizi.

10.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'*Assicurato* deve:

- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla *Società* o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale nei confronti della *Società* e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'*Assicurato* deve dare avviso del *sinistro* a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Si specifica che le spese per i certificati medici e di ogni altra documentazione richiesta restano a carico dell'*Assicurato*.

10.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO - RIMBORSO SPESE DI CURA

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie convenzionate* l'Assicurato deve presentare la propria *Card Salute* al momento dell'accettazione e verificare che in fattura sia riportata la dicitura che conferma l'applicazione della tariffa convenzionata.

Sia in caso di utilizzo di *strutture sanitarie convenzionate*, sia in caso di utilizzo di *strutture sanitarie non convenzionate*, o in caso di utilizzo di *strutture sanitarie convenzionate* senza presentazione della propria *Card Salute*, l'Assicurato deve:

- accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it> per creare una richiesta di rimborso, allegando la certificazione medica e di spesa, o, in alternativa, dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza allegando la certificazione medica e di spesa;
- fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico senza ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;
- provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituite ad avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.).

Blue Assistance - verificata l'operatività della garanzia - procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.

10.5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO - VISITE SPECIALISTICHE

In caso di utilizzo di *Strutture Sanitarie convenzionate* l'Assicurato deve presentare la propria *Card Salute* al momento dell'accettazione e verificare che in fattura sia riportata la dicitura che conferma l'applicazione della tariffa convenzionata.

Sia in caso di utilizzo di *Strutture Sanitarie convenzionate*, sia in caso di utilizzo di *strutture sanitarie non convenzionate*, o in caso di utilizzo di *Strutture Sanitarie convenzionate* senza presentazione della propria *Card Salute*, l'Assicurato deve:

- accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it> per creare una richiesta di rimborso, allegando la certificazione medica e di spesa, o, in alternativa, dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza allegando la certificazione medica e di spesa;
- fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico senza ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;
- provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti ad avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.).

Blue Assistance - verificata l'operatività della garanzia - procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.

10.6 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO - INDENNIZZO DA RICOVERO

L'Assicurato deve:

- accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it> per creare una richiesta di rimborso, allegando la certificazione medica, o, in alternativa, dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza allegando la certificazione medica;
- fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico senza ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria.

Blue Assistance - verificata l'operatività della garanzia - procede all'erogazione dell'indennizzo entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.

10.7 RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE UPLOAD

L'Assicurato, se in possesso delle credenziali (e-mail e password), potrà trasmettere on line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.italiana.it. La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza. Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo).

SEZIONE ASSISTENZA



11. CHE COSA È ASSICURATO

La Società presta le garanzie indicate solo se esplicitamente richiamate in *scheda di polizza*.

11.1 ASSISTENZA PERSONA

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di *malattia* o *infortunio*, verificatosi durante il periodo di validità dell'*assicurazione* o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, *Blue Assistance*, offre le prestazioni di seguito indicate, fino a tre volte per annualità assicurativa.

A INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

I servizi informativi, le consulenze e il tutoring telefonico hanno l'utilità di orientare l'Assicurato verso la soluzione di maggiore pertinenza, in relazione al caso specifico, senza però voler fornire diagnosi o prescrizioni mediche. Un esempio sono le informazioni sulle *strutture sanitarie* specializzate per una singola patologia.

✓ Consigli medici e farmaceutici telefonici

La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di *infortunio* o *malattia*, sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologia, eventuali controindicazioni e sul reperimento delle farmacie di turno. Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.

Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

✓ Prenotazione visite ed esami

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia*, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o *accertamenti diagnostici*, dietro prescrizione medica, la *Centrale Operativa* provvederà a prenotare le prestazioni presso le *strutture sanitarie convenzionate*.

La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.

Resta a carico dell'Assicurato il costo delle visite mediche e/o degli esami.

✓ Tutoring eccellenze sanitarie

L'Assicurato può accedere al servizio di Tutoring contattando la *Centrale Operativa* dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Il Tutor di *Blue Assistance*, in riferimento alla patologia o all'*infortunio* coperti dalla *polizza*, provvede a fornire le indicazioni richieste in materia di eccellenze sanitarie.

Il Tutor di *Blue Assistance* dell'Equipe Medica della *Centrale Operativa*, grazie ad un'intervista telefonica e all'eventuale acquisizione di documenti clinici, approfondisce il caso medico dell'Assicurato. Dopo la fase di valutazione personalizzata, della durata massima di 24 ore, il Tutor ricontatta l'Assicurato o la sua famiglia fornendo indicazioni sulle *strutture sanitarie* più idonee al caso e che risultano specializzate e all'avanguardia nello studio e nella cura medico-terapeutica. Restano a carico dell'Assicurato i costi di accesso alle *strutture sanitarie* di eccellenza.

✓ Tutoring medico telefonico personalizzato

L'Assicurato, o un familiare in sua vece, può attivare, tramite la *Centrale Operativa*, un servizio di monitoraggio e supporto telefonico, successivamente alle dimissioni da una *struttura sanitaria* in cui sia stato precedentemente ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, con prognosi di *inabilità temporanea* superiore a 5 giorni.

Il servizio è operante tramite contatti telefonici, programmati in base alla situazione clinica, verso l'Assicurato e, in caso di necessità verso un familiare per un resoconto, da parte della *Centrale Operativa* e/o dello staff medico interno di *Blue Assistance*.

Il servizio è attivabile una sola volta all'anno per un massimo di 30 giorni consecutivi.

✓ Consulenza per riadattamento abitazione

Qualora a seguito di *malattia* o *infortunio*, che abbiano provocato un'invalidità permanente, l'Assicurato necessiti di riadattare i locali della propria abitazione, la *Centrale Operativa* provvede a reperire un architetto che fornisca una consulenza sui lavori da eseguire.

Resta a carico dell'Assicurato il costo della consulenza.

B PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

Le prestazioni complementari, erogate anche a domicilio e dette "di conforto", facilitano la gestione della vita quotidiana all'Assicurato impossibilitato a muoversi, ad esempio per acquistare farmaci o per recarsi in una *struttura sanitaria* per ricevere la somministrazione di una terapia giornaliera.

✓ Invio di un infermiere

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia* per un periodo non inferiore a 3 giorni, richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, *assistenza infermieristica* presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della *Società* fino alla concorrenza di € 500 per *sinistro*.

✓ Consegna farmaci

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica - la *Centrale Operativa* per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa* fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia, nonché gli estremi per il recapito. La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico della *Società*.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

✓ Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto

Qualora l'Assicurato, nei 30 giorni successivi alla dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, debba effettuare una o più visite di controllo o esami diagnostici in una *struttura sanitaria*, come certificato da prescrizione medica, in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici lo valutino necessario, provvede a inviare un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria *residenza* alla *struttura sanitaria* interessata, tenendone il costo a carico della *Società* fino alla concorrenza di € 300 per *sinistro*.

✓ Invio di un fisioterapista

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui abbia subito un *intervento chirurgico* a seguito di *infortunio* richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della *Società* fino alla concorrenza di € 700 per *sinistro*.

✓ Consegna spesa

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica – la *Centrale Operativa* provvede a garantire, per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, la consegna di generi alimentari o di prima necessità.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa* fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito.

La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - fino a due volte la settimana, previo accordo con l'Assicurato.

L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico della *Società*.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

✓ Supporto psicologico

Il supporto psicologico ha lo scopo di soddisfare un'eventuale richiesta di ascolto nei momenti immediatamente successivi al verificarsi di un evento traumatico o alla diagnosi di una patologia, che comportino per l'Assicurato una situazione di disagio e di stress psicofisico.

Qualora l'Assicurato necessiti di un supporto psicologico prescritto dal medico di base o da altro medico specialista:

- a seguito di traumi e/o lesioni causati da *infortunio* o incidente stradale, risultanti dal referto del Pronto Soccorso Pubblico; oppure

- a seguito di *malattia* che abbia reso necessario un *ricovero* presso una *struttura sanitaria*

la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, organizzerà, se richieste entro 60 giorni dal *sinistro*, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con *Blue Assistance*.

La prestazione opera, previo invio della prescrizione medica con il referto del pronto soccorso, o con la *cartella clinica* attestante il *ricovero*, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

C GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'Assicurato o un suo familiare, se Assicurato. Ad esempio il trasferimento dell'Assicurato in una *struttura sanitaria* specializzata, dopo un'accurata scelta di tempi e modi, a seconda della gravità dello stato della persona.

È importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

✓ Invio di un medico generico o di un'ambulanza

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria *residenza* nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico presso la *residenza*.

Qualora nessuno dei *medici convenzionati* con la *Centrale Operativa* sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo nella più vicina *struttura sanitaria* mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

✓ **Trasporto in autoambulanza**

Qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza dal luogo in cui si trova ad una *struttura sanitaria*, o da questa alla sua *residenza*, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede all'invio. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per *sinistro*.

✓ **Trasferimento in strutture sanitarie specializzate**

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una *struttura sanitaria* specializzata, anche al di fuori della regione di *residenza*, per essere ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario, provvede a:

- individuare e prenotare la *struttura sanitaria* specializzata in Italia;
- organizzare i contatti medici con la *struttura sanitaria*;
- trasferire l'Assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
 - aereo di linea classe economica;
 - treno prima classe;
 - autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;

tenendone il costo a carico della *Società*.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie.

✓ **Assistenza Domiciliare Integrata**

Qualora l'Assicurato, a seguito di *ricovero* per *infortunio* o *malattia* di durata non inferiore a 5 giorni, necessiti, secondo il parere dei medici che lo hanno in cura, di assistenza sociosanitaria, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvederà ad inviare:

- un medico o un infermiere fino a 3 volte a settimana per un massimo di 20 uscite presso la *residenza*;
- un operatore socio-sanitario fino a 3 ore al giorno per un massimo di 120 ore presso la *residenza*, che fornisca aiuto per l'alimentazione, per l'igiene personale, per vestirsi e che supporti l'Assicurato e la sua famiglia nella comunicazione;
- una collaboratrice domestica, usufruendone per almeno 4 ore al giorno, per un massimo di 6 settimane presso la *residenza*, per lo svolgimento di attività quali riordino e pulizia dell'abitazione, acquisto di farmaci e spesa, pagamenti e incombenze amministrative.

L'Assistenza domiciliare integrata è operativa a partire dal 30° giorno successivo alla sottoscrizione dell'assicurazione, se attivata a seguito di *malattia*.

Le prestazioni erogabili presso la *residenza* sono operative dietro presentazione della *cartella clinica* o documentazione medica equipollente, attestante l'impossibilità fisica a compiere, senza l'assistenza di terzi, determinate attività della vita quotidiana.

✓ **Prelievo di campioni da analizzare e consegna referti**

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, per *infortunio* o *malattia* certificati dal medico curante, e sia richiesta l'effettuazione di prelievi necessari per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami culturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno dei conviventi possa fornirgli un aiuto concreto, la *Centrale Operativa*, compatibilmente con la disponibilità delle locali *strutture sanitarie*, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la *residenza* dell'Assicurato, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui il prelievo non possa essere effettuato presso la *residenza* dell'Assicurato, la *Centrale Operativa* provvede a organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una *struttura sanitaria* mediante auto-vettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

✓ Fornitura di attrezzatura medico-chirurgica

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito

la *Centrale Operativa* fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, sino ad un massimo di 90 giorni per *sinistro*, tenendo il costo a carico della *Società*.

Se per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la *Società* provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, fino alla concorrenza di € 300 per *sinistro*, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'Assicurato stesso.

✓ Effettuazione di radiografie ed ecografie

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza* per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e sia richiesta l'effettuazione presso la sua *residenza* di una radiografia e/o di una ecografia, la *Centrale Operativa*, compatibilmente con la disponibilità delle locali *strutture sanitarie*, provvede ad organizzare l'effettuazione dell'esame diagnostico e la successiva consegna del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la *residenza* dell'Assicurato, la *Centrale Operativa* provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una *struttura sanitaria* mediante autovettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

D PARERE MEDICO COMPLEMENTARE

La Second Opinion è il ricorso al parere di un altro medico e/o di un'altra istituzione (clinica, ospedale, università) al fine di confrontare, confermare o correggere una prima diagnosi o un'indicazione terapeutica. Il ricorso a tale prestazione può essere significativo nel caso di sospette patologie gravi e invalidanti, ad esempio se la diagnosi è incerta o riguarda una *malattia rara*, la qualità e la quantità degli *accertamenti diagnostici* già svolti sono ritenute *insufficienti*, viene prospettato un *intervento chirurgico* particolarmente delicato.

✓ Second opinion

La Second Opinion è rivolta all'Assicurato affetto da una grave alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica.

L'Assicurato potrà rivolgersi ai medici della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance* e illustrare il caso clinico per il quale viene richiesta la seconda opinione medica.

Questi forniranno indicazione all'Assicurato su tutta la documentazione che dovrà presentare al suo medico curante (*cartella clinica* o documentazione medica equipollente, esiti di esami diagnostici, referti di *visite specialistiche*, immagini radiografiche o quant'altro necessario).

Il medico curante, a suo giudizio, contatterà i medici della *Centrale Operativa*, e, di concerto con loro, valuterà necessità ed appropriatezza della richiesta di Second Opinion.

Nel caso in cui entrambi i medici ritenessero necessaria la Second Opinion, l'Assicurato disporrà l'inoltro, a sue spese e cura, di tutta la suddetta documentazione alla *Centrale Operativa* di *Blue Assistance*.

Una volta raccolta e visionata la documentazione, i medici della *Centrale Operativa* provvederanno a:

- individuare, grazie alla partnership di *Blue Assistance* con poli scientifico-sanitari di eccellenza, la struttura (ed al suo interno l'équipe medica e gli specialisti) più qualificata e più appropriata per l'esame del caso;
- elaborare eventuali quesiti di approfondimento;
- trasmettere, tramite la *Centrale Operativa*, la documentazione alla struttura prescelta.

La struttura, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formulerà una risposta scritta di seconda opinione medica che verrà inviata all'Assicurato, unitamente alla documentazione medica originale da questi precedentemente prodotta, per il tramite della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance*. La presente garanzia è fornita dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

11.2 GARANZIA ASSISTENZA

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di *malattia* o *infortunio*, verificatosi durante il periodo di validità dell'*assicurazione* o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, *Blue Assistance*, offre le prestazioni di seguito indicate, fino a tre volte per annualità assicurativa.

A PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

Le prestazioni complementari, erogate anche a domicilio e dette "di conforto", facilitano la gestione della vita quotidiana all'Assicurato impossibilitato a muoversi, ad esempio per recarsi in una *struttura sanitaria* per effettuare esami diagnostici, medicazioni.

✓ Invio di una collaboratrice domestica

Qualora nei 60 giorni precedenti il parto, l'Assicurata necessiti di una permanenza a letto, come certificato da prescrizione medica, la *Centrale Operativa* - compatibilmente con le disponibilità locali - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico della *Società* fino a un massimo di 12 ore.

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurata in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurata deve comunicare alla *Centrale Operativa* la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.

✓ Assistenza ostetrica pre e post-parto

Qualora l'Assicurata necessiti dell'assistenza domiciliare di un'ostetrica, in prossimità del parto o subito dopo, a seguito di dimissioni dalla *struttura sanitaria*, la *Centrale Operativa*, compatibilmente con le disponibilità locali - provvede ad inviare un'ostetrica presso la *residenza* dell'Assicurata.

Le prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurata in moduli di 3 o 5 giorni e con cadenza pianificata.

Durante ogni visita l'ostetrica:

- verifica lo stato di benessere della mamma e/o del neonato;
- verifica che il puerperio proceda fisiologicamente;
- sostiene la mamma nell'accudimento del neonato;
- si occupa dell'allattamento ed aiuta mamma e bimbo in caso di difficoltà;
- effettua al neonato, se non già praticato in ospedale, il prelievo per lo screening delle *malattie* endocrine e metaboliche, che sarà inviato ad un laboratorio accreditato con il S.S.N. (solo nel modulo "5 giorni").

Per l'accesso al servizio si richiede un preavviso possibilmente entro la 37a settimana di gestazione (e comunque non oltre 7 giorni lavorativi prima del parto), al fine di poter permettere all'ostetrica di contattare la famiglia e, se del caso, di acquisire la necessaria documentazione medica.

In nessun caso verranno eseguite diagnosi, date indicazioni terapeutiche, fatte prescrizioni farmacologiche.

Il costo del servizio è a totale carico dell'Assicurata.

✓ Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto

Qualora l'Assicurato, nei 30 giorni successivi alla dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, debba effettuare una o più visite di controllo o esami diagnostici in una *struttura sanitaria*, come certificato da prescrizione medica, in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici lo valutino necessario, provvede a inviare un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria *residenza* alla *struttura sanitaria* interessata, tenendone il costo a carico della *Società* fino alla concorrenza di € 300 per sinistro.

✓ Viaggio di un familiare

Qualora nei 90 giorni precedenti il parto, l'Assicurata necessiti di una permanenza a letto per un periodo non inferiore a 15 giorni, come certificato da prescrizione medica, la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare, residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'Assicurata, un biglietto ferroviario (in prima classe) o aereo (in classe economica) per raggiungere ed accudire l'Assicurata a riposo presso la residenza, tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di € 200 per sinistro.

✓ Supporto psicologico

Il supporto psicologico ha lo scopo di soddisfare un'eventuale richiesta di ascolto nei momenti immediatamente successivi al verificarsi di un evento significativo o traumatico, o alla diagnosi di una patologia che comportino per l'Assicurato una situazione di disagio e di stress psicofisico.

(Post partum)

Qualora l'Assicurata necessiti di un supporto psicologico successivamente al parto, come prescritto dal medico di base o da altro medico specialista, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, organizzerà delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con Blue Assistance.

La prestazione deve essere richiesta entro 120 giorni dal parto e opera, previo invio della prescrizione medica attestante la data del parto, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

(Per il minore)

Qualora l'Assicurato necessiti di un supporto psicologico prescritto dal medico di base o da altro medico specialista:

- a seguito di traumi e/o lesioni causati da atti di bullismo, regolarmente denunciati alle Pubbliche Autorità;
- in caso di stress psicofisico e/o malattia causata da disturbi del comportamento alimentare

la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, organizzerà, se richieste entro 60 giorni dal sinistro ovvero dalla denuncia alle Pubbliche Autorità o dal momento in cui è stata posta la diagnosi per la prima volta, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista.

La prestazione opera, previo invio della denuncia alle Pubbliche Autorità e/o della prescrizione medica attestante la data in cui è stato diagnosticato il disturbo psicologico, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

✓ Banca cellule staminali del cordone ombelicale

Servizio, a seguito di parto dell'Assicurata, di crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale e di assistenza a tutte le fasi preliminari presso una primaria struttura europea convenzionata.

L'attivazione della prestazione, deve essere richiesta, entro 60 giorni dalla data presunta del parto, tramite la Centrale Operativa di Blue Assistance.

Il costo del servizio è a totale carico dell'Assicurata.

B GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'Assicurato o un suo familiare, se Assicurato. Ad esempio l'invio di un pediatra a domicilio, in caso di malattia improvvisa occorsa al minore, può essere molto utile e tranquillizzare i genitori in caso di irreperibilità del pediatra di famiglia.

È importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

✓ Invio di un pediatra

Qualora l'Assicurato necessiti della visita di un pediatra presso la propria residenza per il figlio con lui convivente, ma non riesca a reperire il proprio pediatra di fiducia, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare uno specialista presso la residenza.

Qualora nessuno dei medici convenzionati sia immediatamente disponibile, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, la Centrale Operativa organizza il trasferimento del minore nella più vicina struttura sanitaria mediante autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

La prestazione è operativa nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24.

✓ Fornitura di attrezzatura medico-chirurgica

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito

la *Centrale Operativa* fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, sino ad un massimo di 90 giorni per *sinistro*, tenendo il costo a carico della *Società*.

Se per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la *Società* provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, fino alla concorrenza di € 300 per *sinistro*, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'Assicurato stesso.

✓ Invio di un taxi

In caso di improvvisa indisponibilità del proprio veicolo per guasto, incidente o furto, la *Centrale Operativa*, entro un limite massimo di 15 giorni dalla data del *sinistro*, provvede ad inviare un taxi, che consenta all'Assicurato o agli altri membri del *nucleo familiare*, di accompagnare a scuola o ad una visita medica i figli minori di 15 anni con lui conviventi.

La *Società* terrà a proprio carico la relativa spesa una volta per anno assicurativo e con il limite complessivo di € 50.

L'Assicurato è tenuto a fornire, su richiesta della *Centrale Operativa* ed al massimo entro 7 giorni dalla richiesta, il preventivo di riparazione da parte dell'officina autorizzata della casa costruttrice, o la denuncia di furto alle Pubbliche Autorità.

✓ Invio di una baby sitter

Qualora l'Assicurato/a, a seguito di *ricovero* per *infortunio* in una *struttura sanitaria* da cui non possa essere dimesso/a entro 3 giorni, o in seguito al parto, sia nell'impossibilità d'occuparsi dei figli minori con lei conviventi e nessun altro familiare possa prendersene cura, la *Centrale Operativa* provvede a reperire una baby sitter e ad inviarla presso la *residenza* dell'Assicurato per occuparsi dei minori.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per *sinistro*.

In alternativa la *Centrale Operativa* mette a disposizione di un familiare, residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'Assicurato, un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe economica) o treno (prima classe), per raggiungere ed accudire il minore presso la *residenza* dell'Assicurato, tenendone il costo a carico della *Società*.

12. CHE COSA NON È ASSICURATO



La *Società* non presta le garanzie qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta di:

- A stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;
- B eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- C trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;
- D atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- E *malattie* in atto e/o *infortuni* occorsi prima dell'effetto della *polizza*;
- F uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- G ubriachezza accertata;

H *infortuni* derivanti dalla pratica di:

- sport aerei in genere;
- partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore.

I *infortuni* derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole garanzie.



13. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Per potere usufruire delle prestazioni indicate agli artt., l'*Assicurato* deve contattare la *Centrale Operativa*, funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri:

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 99

- posta elettronica, all'indirizzo: assistenza@blueassistance.it

COMUNICANDO:

- le proprie generalità
- il numero di *polizza*
- il tipo di assistenza richiesta
- il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

Qualora l'*Assicurato* non abbia contattato per qualsiasi motivo la *Centrale Operativa*, la *Società* non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla *Centrale Operativa* stessa.

13.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per attivare la garanzia l'*Assicurato* deve contattare immediatamente la *Centrale Operativa* e deve inoltre:

- A. fornire ogni informazione richiesta;
- B. sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;
- C. produrre, se richiesta dalla *Centrale Operativa*, copia della *cartella clinica* completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La *Società* ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto a far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni.

13.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

La *Società* non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite od usufruite solo parzialmente per scelta dell'*Assicurato* o per negligenza di questi. La *Società* non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

13.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La *Società* si riserva il diritto di chiedere all'*Assicurato* il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di assicurazione.

APPENDICE 1 - GRAVI PATOLOGIE

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Malattia oncologica maligna o cancro	Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Sono tuttavia escluse la leucemia linfatica cronica, e i tumori cutanei basocellulari (basaliomi). La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da specifica e circostanziata certificazione ospedaliera.
Coronaropatia con necessità di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche	<i>Malattia</i> che determina <i>intervento chirurgico</i> al cuore per correggere il restringimento o il blocco di una o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di angina pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o esami diagnostici simili.
Infarto del miocardio	Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri: ▪ ripetuti dolori al torace; ▪ cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto; ▪ aumento degli enzimi cardiaci.
Steno-insufficienza delle valvole cardiache, aneurismi cardiaci, ferite o corpi estranei del cuore, tamponamento cardiaco, sostituzioni valvolari, pericardiectomia, con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di Pronto Soccorso.
Ictus cerebrale (colpo apoplettico)	Accidente cerebro-vascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante dall'infarto e morte del tessuto cerebrale dovuta all'ostruzione di un vaso intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale. Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate e gli attacchi ischemici transitori (TIA) sono esclusi. La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da T.A.C. o R.M.N., EEG (elettroencefalogramma).
Aneurismi o stenosi o rotture dell'aorta toracica o addominale o delle arterie renali o delle arterie endocraniche o della vena cava superiore o vena cava inferiore con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Pancreatite acuta	Forma di pancreatite caratterizzata da necrosi, suppurazione, gangrena ed emorragia, con esordio improvviso caratterizzata da dolori addominali, nausea e vomito. La diagnosi deve essere confermata dagli esami e da referto di T.A.C. o R.M.N..

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: ▪ cuore ▪ polmone ▪ fegato ▪ pancreas ▪ rene	La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.
Ustioni gravi	Ustioni di terzo grado dovute ad <i>infortunio</i> ed estese almeno al 40% della superficie corporea.
Sclerosi multipla o a placche	<i>Malattia</i> caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale. E' richiesta una diagnosi di uno specialista neurologo che confermi chiari episodi deficitari neurologici con alterazioni della coordinazione motoria e/o sensoriale ed implicanti un punteggio "EDSS" maggiore di 5.
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	<i>Malattia</i> neurodegenerativa progressiva dei motoneuroni spinali o cerebrali. La diagnosi deve essere posta da parte di uno specialista neurologo di clinica o Istituto universitario di neurologia. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.
Distrofia muscolare	La distrofia muscolare si riferisce ad un gruppo di miopatie generiche degenerative caratterizzate da astenia ed atrofia del muscolo senza coinvolgimenti del sistema nervoso. I diversi tipi si distinguono a seconda dell'epoca di insorgenza, localizzazione e progressione della <i>malattia</i> . La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, vestirsi, mangiare, alzarsi dal letto o da una sedia.
Fratture vertebrali, delle ossa facciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie epatiche che richiedono resezioni chirurgiche	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del pancreas che richiedono intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del Sistema Nervoso Centrale che richiedono craniotomia	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N.
Epatite fulminante con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Tumori benigni polmonari con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del timo che richiedono intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: ▪ emo-trasfusioni periodiche; ▪ terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; ▪ trapianto di midollo osseo. La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da <i>infortunio</i> o <i>malattia</i> . La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.
Coma irreversibile	Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da <i>cartella clinica</i> completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
Ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso ricovero in Unità Coronarica)	<i>Infortuni</i> , gravi malori improvvisi che necessitano di <i>ricovero</i> in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.

NOTE

Blank lined area for notes.

NOTE

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it



Mod. MAL50101



REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) Tel. +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutinitaliana@italiana.it - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente al Gruppo Reale Mutua iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.