
Benefit Salute Special

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
PER LA TUTELA DELLA SALUTE

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

BENEFIT SALUTE Special

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE



INTRODUZIONE	pag. 4
GLOSSARIO	pag. 5
CONDIZIONI GENERALI	pag. 9
1. CONDIZIONI GENERALI	pag. 9
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	pag. 9
1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	pag. 9
1.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE	pag. 9
1.4 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	pag. 9
1.5 TERMINI DI RINUNCIA ALLA RIVALSA	pag. 9
1.6 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE	pag. 10
1.7 FORO COMPETENTE	pag. 10
1.8 ONERI FISCALI	pag. 10
1.9 ALTRE ASSICURAZIONI	pag. 10
1.10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	pag. 10
1.11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	pag. 10
1.12 CHI NON ASSICURIAMO	pag. 11
1.13 LIMITI DI ETÀ	pag. 11
SEZIONE MALATTIE	pag. 12
2. COSA ASSICURIAMO	pag. 12
GARANZIA RICOVERO	pag. 12
2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE	pag. 12
2.1.1 OGGETTO	pag. 12
2.1.2 OPERATIVITÀ	pag. 14
2.2 GESTIONE DEL SINISTRO PER LA GARANZIA RICOVERO	pag. 14
2.2.1 DATA DEL SINISTRO	pag. 14
2.2.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE	pag. 15
2.2.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag. 15
2.2.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	pag. 15
GARANZIA EXTRARICOVERO	pag. 17
2.3 ALTA DIAGNOSTICA	pag. 17
2.3.1 OGGETTO	pag. 17
2.3.2 OPERATIVITÀ	pag. 18
2.4 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	pag. 18
2.4.1 OGGETTO	pag. 18
2.4.2 OPERATIVITÀ	pag. 18
2.5 GESTIONE DEL SINISTRO PER LA GARANZIA EXTRARICOVERO	pag. 19
2.5.1 DATA DEL SINISTRO	pag. 19
2.5.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE	pag. 19
2.5.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag. 19
2.5.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	pag. 19

GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA	pag. 21
2.6 RENDITA DA NON AUTOSUFFICIENZA	pag. 21
2.6.1 OGGETTO	pag. 21
2.6.2 OPERATIVITÀ	pag. 21
2.7 GESTIONE DEL SINISTRO PER LA GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA	pag. 22
2.7.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag. 22
2.7.2 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	pag. 22
2.7.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO - GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA	pag. 22
GARANZIE SPECIALI SEMPRE OPERANTI	pag. 23
2.8 RIMBORSO SPESE PER DETARTRASI	pag. 23
2.8.1 OGGETTO	pag. 23
2.8.2 OPERATIVITÀ	pag. 23
2.9 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO	pag. 23
2.9.1 OGGETTO	pag. 23
2.9.2 OPERATIVITÀ	pag. 23
2.10 GESTIONE DEL SINISTRO PER LE GARANZIE SPECIALI SEMPRE OPERANTI	pag. 24
2.10.1 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE	pag. 24
2.10.2 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	pag. 24
2.10.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO - GARANZIE SPECIALI SEMPRE OPERANTI	pag. 24
3. ESCLUSIONI	pag. 25
3.1 COSA NON ASSICURIAMO	pag. 25
3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE	pag. 26
3.3 SOSTITUZIONE DI POLIZZA	pag. 26
SEZIONE ASSISTENZA	pag. 28
4. COSA ASSICURIAMO	pag. 28
GARANZIA ASSISTENZA PERSONA	pag. 28
4.1 CON TE IN SALUTE	pag. 28
4.2 CON TE A CASA	pag. 31
4.3 GESTIONE DEL SINISTRO	pag. 34
4.3.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag. 34
4.3.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI	pag. 34
4.3.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE	pag. 34
5. ESCLUSIONI	pag. 35
5.1 COSA NON ASSICURIAMO	pag. 35
APPENDICE 1	pag. 36
TAVOLA DI VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA	pag. 36
TABELLA DELLE "ATTIVITÀ COGNITIVE"	pag. 37
APPENDICE 2	pag. 38
OPZIONE DI COPERTURA A	pag. 38
OPZIONE DI COPERTURA B	pag. 39
OPZIONE DI COPERTURA C	pag. 40
OPZIONE DI COPERTURA D	pag. 41
OPZIONE DI COPERTURA E	pag. 42
OPZIONE DI COPERTURA F	pag. 43
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA	pag. 44



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

INTRODUZIONE

Benefit Salute Special è un prodotto Rimborso Spese Sanitarie che contiene garanzie assicurative per tutelarsi dai rischi relativi ad eventi di malattia o infortunio che possono compromettere la salute e l'integrità fisica delle persone.

Il prodotto si compone di 6 Opzioni di Copertura alternative tra loro.

Si specifica che saranno operanti esclusivamente le Sezioni e le garanzie esplicitamente richiamate nella Opzione di Copertura scelta.

Le CONDIZIONI GENERALI sono norme comuni a tutte le Sezioni che regolano l'assicurazione in generale.

Ciascuna Opzione di Copertura è costituita dalle sezioni Malattie e Assistenza.

La **Sezione Malattie** si compone di quattro Garanzie:

- **Ricovero**, costituita dalla prestazione "Rimborso Spese Mediche";
- **Extraricovero**, costituita dalle prestazioni "Alta Diagnostica" (operante solo nelle Opzioni di Copertura A, C e E) e "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici" (operante solo nelle Opzioni di Copertura B, D e F);
- **Non autosufficienza**, costituita dalla prestazione "Rendita da non autosufficienza";
- **Garanzie Speciali sempre operanti** che prevedono le prestazioni "Rimborso spese per detartrasi" e "Rimborso spese odontoiatriche a seguito di infortunio".

La **Sezione Assistenza** si compone della Garanzia **Assistenza Persona** che prevede le prestazioni "Con Te in salute" e "Con Te a casa".

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto 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.

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 dello stesso, alla liquidazione dei *sinistri* ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le *strutture sanitarie* selezionate dalla Società stessa.

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*.

CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI

Le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri convenzionati con *Blue Assistance* presso i quali l'*Assicurato* può fruire delle prestazioni odontoiatriche previste dalla *polizza*.

CONTRAENTE

Chi stipula il contratto con Reale Mutua.

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*.

DIRETTA BLUE EASY

Strumento per la gestione dei *sinistri* della Garanzia Extraricovero che permette agli *Assicurati* di fruire del servizio di *liquidazione in forma diretta* del *sinistro* senza dover contattare la *Centrale Operativa* di *Blue Assistance*.

Tramite questa dispositivo il cliente si interfaccia direttamente con la *struttura sanitaria convenzionata* ove intende ricevere la prestazione e, in maniera automatica, viene riconosciuto dal centro come cliente di Reale Mutua. Tale servizio prevede un processo di comunicazione via e-mail e/o SMS al cliente per la conferma che la prestazione è in copertura. **Tale servizio è disponibile solo nelle strutture sanitarie abilitate a questa tipologia di accesso.**

FRANCHIGIA/SCOPERTO

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

INABILITÀ TEMPORANEA

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



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

INDENNIZZO

La somma dovuta da Reale Mutua 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.

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

- **le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo;**
- **le iniezioni.**

LIQUIDAZIONE IN FORMA A RIMBORSO

L'Assicurato sostiene in proprio tutte le spese relative alle garanzie prestate con la presente assicurazione, richiedendone successivamente il rimborso a *Blue Assistance*.

Tutte le spese indennizzabili a termini di *polizza* vengono rimborsate all'*Assicurato* **previa applicazione di scoperti/franchigie indicati nell'Opzione di Copertura, che rimangono a suo carico.**

Tale forma di liquidazione opera laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

LIQUIDAZIONE IN FORMA DIRETTA

Reale Mutua paga direttamente – senza anticipo di spesa da parte dell'*Assicurato* – alla *struttura sanitaria e ai medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance* per il presente prodotto le spese sostenute dall'*Assicurato* e indennizzabili a termini di *polizza*, al netto di *scoperti/franchigie* indicati nell'*Opzione di Copertura*, che rimangono a suo carico.

Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a *strutture sanitarie* (pubbliche e private) e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) entrambi convenzionati con *Blue Assistance* per il presente prodotto.

LIQUIDAZIONE IN FORMA MISTA

Reale Mutua paga direttamente alla *struttura sanitaria* convenzionata con *Blue Assistance* per il presente prodotto la componente di spesa – indennizzabile a termini di *polizza* –relativa alla *struttura sanitaria*, al netto di *scoperti/franchigie* indicati nell'*Opzione di Copertura*, che rimangono a carico dell'*Assicurato*. L'*Assicurato* sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici non convenzionati con *Blue Assistance* richiedendone successivamente il rimborso alla medesima. Tutte le spese indennizzabili a termini di *polizza* vengono rimborsate all'*Assicurato* previa applicazione di *scoperti/franchigie* indicati nell'*Opzione di Copertura*, che rimangono a suo carico.

Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a *strutture sanitarie* (pubbliche e private) convenzionate con *Blue Assistance* e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

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

La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e per persona/*nucleo*, Reale Mutua presta la garanzia.



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

MEMO CARD BLUE ASSISTANCE

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

MODULO DI POLIZZA

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

NUCLEO O NUCLEO FAMILIARE

Per nucleo familiare si intende quello composto da:

- coniuge
- convivente more uxorio (anche dello stesso sesso)
- figli fiscalmente a carico

come risultanti dal certificato anagrafico Stato di famiglia.

In caso di separazione/divorzio, i figli a carico si intendono compresi nel nucleo anche qualora non conviventi o non inseriti nel certificato di Stato di famiglia.

Sono equiparati ai figli i soggetti in affidamento temporaneo preadottivo con espresso provvedimento di assegnazione diretta da parte del Giudice Tutelare.

Si intendono inclusi in copertura senza alcun limite di età i figli fiscalmente a carico secondo le vigenti leggi in materia i quali si trovino per infermità fisica o mentale nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro.

OPZIONE DI COPERTURA

Insieme di garanzie e di prestazioni acquistabili dal *Contraente* e operanti fino alla concorrenza di *massimali/* sottomassimali e limiti di *indennizzo* precostituiti. L'Opzione di Copertura acquistata dal *Contraente* e richiamata in *modulo di polizza* definisce, per tutti gli *Assicurati*, l'insieme delle prestazioni effettivamente operanti secondo quanto riportato nell'Appendice 2.

POLIZZA

L'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

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*.

SINISTRO

Si considerano sinistro: il *ricovero*, l'*intervento chirurgico*, il ricovero domiciliare o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni assicurate. Per le prestazioni di Assistenza si considera sinistro il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia. Per la garanzia Non Autosufficienza si considera sinistro la perdita dell'autosufficienza.

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, *day hospital/day surgery*, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera.

Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

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



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

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGI CONVENZIONATI (NETWORK)

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con *Blue Assistance*, presso i quali l'*Assicurato* – previa autorizzazione da parte di *Blue Assistance* - può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, *interventi chirurgici e ricoveri* resi necessari dal suo stato di salute.

L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.realemutua.it.

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assicurato ottenga conferma, contattando *Blue Assistance*, dell'effettiva esistenza dell'accordo.

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.

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

CONDIZIONI GENERALI

1. CONDIZIONI GENERALI

Le Condizioni Generali sono norme comuni che regolano il contratto di assicurazione in generale.

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 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel *modulo di polizza* se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

1.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Ferma la facoltà del *Contraente* di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di almeno 30 giorni, l'assicurazione cessa alla "scadenza del contratto" indicata nel *modulo di polizza*, senza necessità di disdetta.

1.4 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Il premio di *polizza* è indicizzato e pertanto si adegua seguendo le variazioni dell'Indice Spese Mediche rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto.

Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

- al termine "Indice": l'indice spese mediche rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto;
- al termine "Indice Base": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di decorrenza della *polizza* o dell'ultima modifica contrattuale;
- al termine "Nuovo Indice": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di scadenza di ogni annualità di premio:

si conviene che il premio di *polizza* sarà adeguato ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "Nuovo Indice" e "Indice Base", identificato sulla quietanza anniversaria di pagamento del premio con il termine "Coefficiente di adeguamento".

Viene fatta salva la facoltà da parte di Reale Mutua, nell'ipotesi in cui non dovesse risultare più operativo l'Indice Spese Mediche, di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento del valore iniziale del premio.

In tal caso Reale Mutua comunica la variazione al *Contraente*, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

1.5 TERMINI DI RINUNCIA ALLA RIVALSA

Relativamente alla Garanzia Ricovero, Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile e s.m.i. verso i terzi responsabili dell'*infortunio* o della *malattia* esclusivamente per la prestazione "Indennità sostitutiva del rimborso".



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

1.6 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

Per tutte le garanzie, ad eccezione delle garanzie di assistenza e dei servizi non assicurativi, in caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi*, si potrà procedere, su accordo tra l'*Assicurato* e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organismi di Mediazione accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010 e s.m.l.:

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 alla lettera A del presente articolo, oppure in alternativa ad essa. I primi due 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 dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio 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.

1.7 FORO COMPETENTE

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

1.8 ONERI FISCALI

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

1.9 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* o l'*Assicurato* deve comunicare per iscritto a Reale Mutua 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.

1.10. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.11. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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



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

1.12. CHI NON ASSICURIAMO

Reale Mutua 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 e il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

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

1.13. LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni, fermo restando un limite di età alla stipula dell'assicurazione di 70 anni. Le persone che raggiungono i 75 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio.

L'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata la condizione sopra prevista non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Limitatamente alla Garanzia Non Autosufficienza della Sezione Malattie, la copertura non opera per gli *Assicurati* di età inferiore a 18 anni al momento del *sinistro*.

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

SEZIONE MALATTIE

2. COSA ASSICURIAMO

Reale Mutua presta le garanzie e le prestazioni sotto indicate solo se esplicitamente richiamate nell'*Opzione di Copertura* prescelta.

GARANZIA RICOVERO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.12 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE

2.1.1 OGGETTO

A SPESE DURANTE IL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *malattia* o da *infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all' art. 2.1.2 OPERATIVITÀ**, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

- a** assistenza medica ed infermieristica, cure **(con il massimo, per la dialisi, di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona)**, *trattamenti di fisiokinesiterapia*, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, *accertamenti diagnostici*;
- b** rette di degenza;
- c** *intervento chirurgico*; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. **In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, Reale Mutua paga le spese per il loro acquisto con il massimo di € 5.000 per sinistro.** Sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico*;
- d** cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di *infortunio comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico, con il massimo di € 5.500 per le protesi*;
- e** vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella *struttura sanitaria*, **con il massimo di € 2.000 per persona e per anno assicurativo**;
- f** trasporto dell'*Assicurato* con qualsiasi mezzo alla *struttura sanitaria*, da una *struttura sanitaria* ad un'altra e, **se richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, con il massimo di € 2.500 per sinistro.**

B PARTO

In caso di ricovero per parto, naturale o cesareo, Reale Mutua paga le spese indicate alla lettera A del presente articolo.

Sono operanti i seguenti limiti di indennizzo per sinistro:

- **€ 2.000 in caso di parto naturale;**
- **€ 4.000 in caso di parto cesareo.**

In caso di parto naturale domiciliare, in luogo delle spese indicate alla lettera A del presente articolo, è previsto il rimborso delle spese ostetriche ed infermieristiche, fermo il limite di € 2.000 per *sinistro*.

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua corrisponde l'indennità sostitutiva del rimborso di cui al successivo punto F.



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

Reale Mutua 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.

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni **effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi** purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con le modalità previste all' art. 2.1.2 OPERATIVITÀ:**

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

D RICOVERO ALL'ESTERO

In caso di ricovero all'estero reso necessario da malattia o da infortunio, Reale Mutua paga, **con il massimo di € 2.500 per sinistro**, le spese sostenute dall'accompagnatore dell'Assicurato per il viaggio in treno o in aereo di linea e, in caso di provata indisponibilità della struttura ospedaliera, quelle per il vitto ed il pernottamento in struttura alberghiera.

E TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

Reale Mutua paga le spese indennizzabili sostenute per il trapianto o espianto di organi subito dall'Assicurato. Se l'Assicurato è ricevente Reale Mutua paga anche le spese per il prelievo ed il trasporto di organi o parte di essi.

F INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato non sostenga in proprio alcuna spesa, Reale Mutua corrisponde una diaria di € 100 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria*. In caso di *day hospital/day surgery* la diaria è ridotta a € 50..

Si specifica che la presente garanzia non opera in caso di intervento ambulatoriale.

In caso di dialisi, anche in assenza di ricovero, Reale Mutua corrisponde € 100 per ogni applicazione con un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.

Qualora il *ricovero* sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato può scegliere tra l'indennità di cui sopra e il rimborso dell'eccedenza di spesa indennizzabile rimasta a suo carico.

G TERAPIE ONCOLOGICHE

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

H ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

In caso di *malattia* a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'Assicurato, che comporta la non autosufficienza, Reale Mutua paga, **con il massimo di € 11.000 per sinistro**, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- assistenza medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o *strutture sanitarie* specializzate e legalmente riconosciute;
- o, in alternativa, a scelta dell'Assicurato:
- *assistenza infermieristica* professionale a domicilio.

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

I CURA PER A.I.D.S.

Fermo restando che l'assicurazione non è operante per la sieropositività da virus H.I.V. e che per le persone affette da A.I.D.S. l'assicurazione cessa automaticamente, qualora l'Assicurato, non sieropositivo alla data di effetto dell'assicurazione, contraiga A.I.D.S. e questa risulti, da documentazione ospedaliera, in fase conclamata, Reale Mutua mette a disposizione dell'Assicurato una somma di € 5.500. **Il diritto all'indennità è di carattere personale e, quindi, non è trasmissibile agli eredi.**

J CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della polizza la garanzia opera gratuitamente nel primo anno di vita, anche per *malformazioni, difetti fisici o malattie* congenite, **sempreché la madre – che deve essere assicurata – non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.**

La garanzia opera secondo l'Opzione di Copertura acquistata dalla madre.

La copertura gratuita in favore del neonato cessa con il compimento del primo anno di vita e laddove venisse richiesta una nuova copertura *malattie* a favore del nato, decorso l'anno di vita, Reale Mutua si riserva la facoltà di includere o meno in garanzia il neonato.

2.1.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance*, Reale Mutua paga direttamente le prestazioni erogate all'Assicurato **fino alla concorrenza del *massimale e sottomassimali* riportati nell'Opzione di Copertura prescelta, al netto degli eventuali *scoperti/franchigie* ivi indicati, che restano a carico dell'Assicurato. Pertanto, al momento della dimissione, l'Assicurato deve sostenere in proprio le eventuali spese di sua competenza (*scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia*).**

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici non convenzionati* con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'Assicurato **fino alla concorrenza del *massimale e sottomassimali* riportati nell'Opzione di Copertura prescelta, previa applicazione degli eventuali *scoperti/franchigie* ivi indicati, che restano a carico dell'Assicurato.**

In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, Reale Mutua:

- paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria convenzionata*;
- rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica non convenzionata, **con l'applicazione dei limiti di *indennizzo degli scoperti/franchigie* riportati nell'Opzione di Copertura prescelta.**

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* indicato nell'Opzione di Copertura e con le modalità ivi previste.

2.2 GESTIONE DEL SINISTRO PER LA GARANZIA RICOVERO

2.2.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all' art. 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del sinistro" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

Reale Mutua, **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 di Reale Mutua.



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

2.2.2 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 prestatato i servizi richiesti.

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

Blue Assistance

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

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
	+39 011 742 55 55

2.2.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'*Assicurato* deve:

- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato. In caso di *ricovero* in territorio extra europeo è sempre necessario che l'*Assicurato* acquisisca personalmente la *cartella clinica* presso la *struttura sanitaria* e la fornisca a *Blue Assistance*. Resta a carico dell'*Assicurato* la traduzione della *cartella clinica*.

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.

L'*Assicurato* che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance* delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla *polizza*.

Qualora il *sinistro* risultasse non indennizzabile, l'*Assicurato* si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

2.2.4 COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO*

Qualora l'*Assicurato*, nei casi sotto indicati, provveda personalmente al pagamento delle spese, *Blue Assistance* - verificata l'operatività della garanzia - procede al rimborso delle stesse entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

A UTILIZZO DI *STRUTTURE SANITARIE* E *MEDICI CONVENZIONATI* CON *BLUE ASSISTANCE* – *LIQUIDAZIONE IN FORMA DIRETTA*

La possibilità di accedere all'utilizzo di *strutture sanitarie* e di *medici chirurghi convenzionati* è condizionata alla preventiva telefonata e all'autorizzazione al pagamento diretto di *Blue Assistance*, in mancanza delle quali le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B. L'elenco delle *strutture sanitarie* è consultabile sul sito www.realemutua.it. Poiché la rete delle *strutture sanitarie* è soggetta ad evoluzioni, al momento della scelta della struttura e/o del medico è necessario che l'*Assicurato* proceda alla verifica dell'effettiva esistenza dell'accordo contattando *Blue Assistance* al numero verde 800 092092 e ne ottenga conferma.

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

Il personale di *Blue Assistance* è a disposizione degli *Assicurati*:

- **dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati**, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Blue Assistance* paga direttamente sia la *struttura sanitaria* sia i medici e provvede a raccogliere la relativa documentazione e a restituire quella di spesa all'*Assicurato*, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.

Al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria, l'Assicurato deve presentare la propria Memo Card Blue Assistance e compilare la "Richiesta di prestazione" che costituisce la denuncia del sinistro.

Resta convenuto che:

- **l'eventuale differenza tra l'indennizzo liquidato da Blue Assistance e il costo totale della prestazione, così come eventuali scoperti o franchigie, devono essere pagati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria;**
- **nel caso in cui Blue Assistance non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente concordate da Blue Assistance.**

B UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E DI MEDICI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE – LIQUIDAZIONE IN FORMA A RIMBORSO

L'*Assicurato* che utilizzi:

- a. strutture sanitarie e medici non convenzionati, oppure
- b. strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, deve:
 - **dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;**
 - **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 dagli originali 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 gli originali 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, ricevuta la documentazione necessaria, se la prestazione è compresa in garanzia rimborsa le spese sostenute dall'*Assicurato* **con le regole e i limiti previsti dalla garanzia e dall'Opzione di Copertura scelta.**

C UTILIZZO DI MEDICI NON CONVENZIONATI PRESSO STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE – LIQUIDAZIONE IN FORMA MISTA

Qualora l'*Assicurato* utilizzi medici non convenzionati presso una *struttura sanitaria* convenzionata, *Blue Assistance* paga direttamente la *struttura sanitaria* **(fermo quanto previsto per la stessa alla lettera A del presente articolo)**, mentre l'*Assicurato* deve provvedere al pagamento delle spese relative all'*équipe medico-chirurgica*.

Blue Assistance, ricevuta la documentazione necessaria, se la prestazione è compresa in garanzia rimborsa le spese sostenute dall'*Assicurato* **con le regole e i limiti previsti dalla garanzia e dall'Opzione di Copertura scelta.**



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

D SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Le spese riferite alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, di cui all'art. 2.1.1.C, non vengono pagate direttamente da *Blue Assistance* ma rimborsate all'*Assicurato* **con le regole e i limiti previsti dalla garanzia e dall'Opzione di Copertura scelta, indipendentemente dal convenzionamento della struttura sanitaria e dei medici chirurghi.**

E UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede alla liquidazione dell'Indennità sostitutiva del rimborso (come indicato all'art. 2.1.1.F).

F UTILIZZO DI FONDI O MUTUE PRIVATE

In caso di ricorso a fondi o mutue private, in forma diretta o indiretta, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'*Assicurato*.

G RICOVERO ALL'ESTERO PER MALATTIA IMPROVVISA O INFORTUNIO

Per i *ricoveri* all'estero resi necessari da *malattia* improvvisa o da *infortunio* accaduto all'estero, il rimborso delle spese che l'*Assicurato* dovesse sostenere per cure o interventi urgenti non procrastinabili ricevuti sul posto viene effettuato senza applicazioni di *scoperti* e *franchigie* anche in caso di ricorso a *strutture sanitarie* e medici non convenzionati con *Blue Assistance*.

Per *malattia* improvvisa si intende una *malattia* di acuta insorgenza di cui l'*Assicurato* non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente stato patologico dell'*Assicurato*.

L'Assicurato deve provvedere personalmente al pagamento delle spese sostenute, che vengono poi rimborsate da Blue Assistance.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazione della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA.

Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

GARANZIA EXTRARICOVERO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.12 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Reale Mutua garantisce le prestazioni sotto indicate solo se esplicitamente richiamate nell'Opzione di Copertura prescelta.

2.3 ALTA DIAGNOSTICA

2.3.1 OGGETTO

In assenza di ricovero o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.3.2 OPERATIVITÀ**, le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, **non rientranti in altre garanzie acquistate:**

- Angiografia;
- RMN (risonanza magnetica nucleare);
- Scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche;
- TAC (Tomografia assiale computerizzata).



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

2.3.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Per ogni *accertamento diagnostico* di cui sopra, **la garanzia opera:**

- con una *franchigia* di € 50 in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance*, come previsto alle lettere A e B dell'art. 2.5.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO;
- **con uno scoperto del 20% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 50** in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* o di una *struttura convenzionata* senza preventivo accordo con *Blue Assistance* o comunque senza riconoscimento tramite *Memo Card Blue Assistance*, come previsto alle lettere A e B dell'art. 2.5.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua rimborsa integralmente i costi a carico dell'Assicurato.

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* indicato nell'*Opzione di Copertura* e con le modalità ivi previste.

2.4 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

2.4.1 OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 2.4.2 OPERATIVITÀ, 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*.

2.4.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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 una franchigia di € 50** in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance*, come previsto alle lettere A e B dell'art. 2.5.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO;
- **con uno scoperto del 20% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 50** in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* o di una *struttura convenzionata* senza preventivo accordo con *Blue Assistance* o comunque senza riconoscimento tramite *Memo Card Blue Assistance*, come previsto alle lettere A e B dell'art. 2.5.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua rimborsa integralmente i costi a carico dell'Assicurato.

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* indicato nell'*Opzione di Copertura* e con le modalità ivi previste.



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

2.5 GESTIONE DEL *SINISTRO* PER LA GARANZIA EXTRARICOVERO

2.5.1 DATA DEL *SINISTRO*

Fermo quanto previsto all' art. 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

Reale Mutua, **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 di Reale Mutua.

2.5.2 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.

Blue Assistance

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

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
	+39 011 742 55 55

2.5.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'*Assicurato* deve:

- sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua 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.

L'*Assicurato* che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance* delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla *polizza*.

Qualora il *sinistro* risultasse non indennizzabile, l'*Assicurato* si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

2.5.4 COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO*

A UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON *BLUE ASSISTANCE* – LIQUIDAZIONE IN FORMA DIRETTA

In caso di ricorso ad una struttura sanitaria convenzionata con *Blue Assistance*, per usufruire della *liquidazione in forma diretta*, l'*Assicurato* deve:

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

a. contattare, almeno 3 giorni prima, la **struttura sanitaria** per prenotare la prestazione comunicando che si vuole attivare il servizio "**Diretta Blue Easy**"; contestualmente fornire alla struttura un numero di cellulare e un indirizzo e-mail e attendere comunicazione da **Blue Assistance** sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 24 ore prima della visita o dell'accertamento,

oppure

b. telefonare preventivamente a **Blue Assistance** e ricevere l'autorizzazione al pagamento diretto di **Blue Assistance**.

In mancanza di una delle due modalità sopra descritte, le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alle successive lettere B o C del presente articolo.

L'elenco delle **strutture sanitarie convenzionate** è consultabile sul sito www.realemutua.it. **Poiché la rete delle strutture sanitarie è soggetta ad evoluzioni, al momento della scelta della struttura e/o del medico è necessario che l'Assicurato proceda alla verifica dell'effettiva esistenza dell'accordo contattando Blue Assistance al numero verde 800 092092 e ne ottenga conferma.**

Il personale di **Blue Assistance** è a disposizione degli **Assicurati**:

- dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle **strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati**, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, **Blue Assistance** paga direttamente e provvede a raccogliere la relativa documentazione e a restituire quella di spesa all'**Assicurato**, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.

Al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria, l'Assicurato deve presentare la propria Memo Card Blue Assistance e compilare la "Richiesta di prestazione" che costituisce la denuncia del sinistro.

Resta convenuto che:

- l'eventuale differenza tra l'**indennizzo** liquidato da **Blue Assistance** e il costo totale della prestazione, così come eventuali **scoperti o franchigie**, devono essere pagati direttamente dall'**Assicurato** alla **struttura sanitaria**;
- nel caso in cui **Blue Assistance** non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, **l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese**, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da **Blue Assistance**.

B UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE – LIQUIDAZIONE IN FORMA A RIMBORSO

In caso di ricorso ad una **struttura sanitaria convenzionata** con **Blue Assistance**, **senza preventivo accordo**, come previsto alla precedente lettera, **l'Assicurato**, per poter usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da **Blue Assistance** con la **struttura sanitaria convenzionata**, **deve presentare la propria Memo Card Blue Assistance al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria e compilare la "Richiesta di prestazione" che costituisce la denuncia del sinistro.** Nel caso in cui **l'Assicurato** non si faccia riconoscere tramite **Memo Card Blue Assistance**, le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera C del presente articolo.

L'Assicurato deve:

- **provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali 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.);**
- **verificare che in fattura sia riportata la dicitura che confermi l'applicazione della tariffa convenzionata;**



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

- **dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza;**
- **fornire la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio, la diagnosi accertata in caso di visita specialistica o gli esiti degli accertamenti diagnostici.**

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.**

C UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE – LIQUIDAZIONE IN FORMA A RIMBORSO

L'Assicurato che utilizzi:

- a. strutture sanitarie non convenzionate, oppure
- b. strutture sanitarie convenzionate senza preventivo accordo con Blue Assistance, come previsto alla lettera A, o comunque senza riconoscimento tramite Memo Card Blue Assistance, come previsto alla precedente lettera B,

deve:

- **provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali 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.);**
- **dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza;**
- **fornire la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio, la diagnosi accertata in caso di visita specialistica o gli esiti degli accertamenti diagnostici.**

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.**

GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.12 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

2.6 RENDITA DA NON AUTOSUFFICIENZA

2.6.1 OGGETTO

Reale Mutua garantisce gli Assicurati contro il rischio della perdita di autosufficienza.

Fermo quanto previsto al punto 1.12 CHI NON ASSICURIAMO, sono esclusi dalla garanzia coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in assicurazione.

Lo stato di non autosufficienza è accertato attraverso una valutazione a punteggio basata sull'incapacità presumibilmente permanente di compiere le attività elementari della vita quotidiana, quali Vestirsi, Spostarsi, Lavarsi e Nutrirsi, in eventuale combinazione con un Deficit Cognitivo, inteso come incapacità di svolgere le "attività cognitive" a seguito di causa organica identificabile.

Il grado di non autosufficienza fisica e/o cognitiva dell'Assicurato viene valutato mediante la "Tavola di valutazione della non autosufficienza" (Appendice 1). Per ciascuna attività è stata creata una scala di valori che va da un minimo di 0 ad un massimo di 15 punti. **Lo stato di non autosufficienza è riconosciuto da Reale Mutua quando il punteggio complessivo è almeno pari a 45.**

2.6.2 OPERATIVITÀ

In caso di perdita dell'autosufficienza, riconosciuta secondo le modalità previste all'art. 2.6.1, Reale Mutua assicura la rendita indicata nell'Opzione di Copertura prescelta, per una durata di anni 5, mediante una polizza Vita rivalutata.



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

L'effetto della polizza vita è quello della data di formalizzazione da parte di Reale Mutua del riconoscimento dello stato di non autosufficienza e **la corresponsione della rendita inizia trascorsi 90 giorni da tale data, sempreché l'Assicurato risulti in vita.**

2.7 GESTIONE DEL SINISTRO PER LA GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA

2.7.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato o chi per esso deve:

- **fornire ogni informazione e documentazione richiesta dalla Centrale Operativa o da Reale Mutua;**
- **sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Centrale Operativa o da Reale Mutua;**
- **produrre, se richiesta dalla Centrale Operativa o da Reale Mutua, tutta la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato;**
- **fornire certificato di esistenza in vita dell'Assicurato;**
- **fornire certificato attestante la perdita dell'Autosufficienza dell'Assicurato e relazione medica sulle cause della perdita di Autosufficienza. Qualora l'incapacità a svolgere gli atti elementari della vita quotidiana sia dovuta a deficit fisico è necessario che lo stato di non autosufficienza sia comprovato da un medico specialista adeguatamente qualificato (ad esempio: ortopedico e/o geriatra e/o fisiatra).**

Qualora l'incapacità a svolgere gli atti elementari della vita quotidiana sia dovuta a deficit cognitivo è necessario che lo stato di non autosufficienza sia comprovato da un medico specialista adeguatamente qualificato (ad esempio: neurologo e/o geriatra).

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

Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste da Reale Mutua sono a carico dell'Assicurato.

2.7.2 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Reale Mutua provvede a formalizzare per iscritto all'Assicurato, o a chi per esso, il riconoscimento dello stato di non autosufficienza entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Entro tale periodo Reale Mutua si riserva il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico.

2.7.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO - GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA

Dopo il riconoscimento da parte di Reale Mutua dello stato di non autosufficienza, come indicato all'art. 2.7.2, l'Assicurato matura il diritto a percepire la rendita.

Il pagamento della rendita inizia trascorsi 90 giorni dalla data di formalizzazione dello stato di non autosufficienza, di cui all'art. 2.7.2 ed è corrisposto per 5 anni.

Reale Mutua si riserva la facoltà di procedere in ogni momento ad un controllo dello stato di salute dell'Assicurato e di farlo visitare da un medico; può inoltre richiedere tutti i documenti necessari a comprovare il suo effettivo stato di salute.

In caso di rifiuto dell'Assicurato di sottoporsi ai controlli necessari o di fornire la documentazione richiesta, il pagamento della rendita sarà sospeso.

Qualora durante il periodo di erogazione della rendita vengano meno i requisiti di non autosufficienza, l'Assicurato è tenuto a darne comunicazione a Reale Mutua entro 30 giorni; l'erogazione della rendita viene sospesa dal momento in cui è stata recuperata l'autosufficienza, per riprendere il giorno in cui la non autosufficienza viene nuovamente riconosciuta.



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

Qualora durante il periodo di erogazione della rendita si verifichi il decesso dell'Assicurato, gli eredi sono tenuti a darne comunicazione a Reale Mutua entro 30 giorni; l'erogazione della rendita viene interrotta dal momento in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato.
Le eventuali rate di rendita corrisposte oltre i suddetti termini saranno restituite a Reale Mutua.

GARANZIE SPECIALI SEMPRE OPERANTI

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.12 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO.

2.8 RIMBORSO SPESE PER DETARTRASI

2.8.1 OGGETTO

Reale Mutua paga, **una sola volta all'anno**, le spese sostenute per ablazione semplice del tartaro (detartrasi), **effettuate in centri odontoiatrici convenzionati**, con le modalità previste al successivo art. 2.8.2.

2.8.2 OPERATIVITÀ

La prestazione è operante purché effettuata in **centri odontoiatrici convenzionati**, previa prenotazione tramite la **Centrale Operativa di Blue Assistance**.

Si specifica che la prestazione non è operante in caso di utilizzo di centri odontoiatrici non convenzionati o di **centri odontoiatrici convenzionati senza prenotazione tramite Centrale Operativa**.

2.9 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO*

2.9.1 OGGETTO

Reale Mutua rimborsa, **fino alla concorrenza del massimale indicato nell'Opzione di Copertura e con le modalità ivi previste**, le spese sostenute per cure e protesi dentarie a condizione che siano causalmente ricollegate all'attuazione di terapie prescritte da un medico a seguito di un **infortunio comprovato da referto di Pronto Soccorso Pubblico**.

Le spese sostenute dall'Assicurato **sono rimborsate integralmente solo se effettuate in centri odontoiatrici convenzionati**. Qualora le spese siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, Reale Mutua rimborsa integralmente il corrispondente costo, senza applicazione di alcuno *scoperto*.

Reale Mutua rimborsa le spese indicate al presente articolo se effettuate entro 180 giorni dalla data dell'infortunio.

2.9.2 OPERATIVITÀ

La prestazione è operante purché effettuata in **centri odontoiatrici convenzionati**, previa prenotazione tramite la **Centrale Operativa di Blue Assistance**.

Si specifica che la prestazione non è operante in caso di utilizzo di centri odontoiatrici non convenzionati o di **centri odontoiatrici convenzionati senza prenotazione tramite Centrale Operativa**.

Sono considerati *infortuni* anche:

- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo, le *malattie* da decompressione;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'asfissia non dipendente da *malattia*;
- le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di animali.

Resta convenuto che Reale Mutua corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio stesso che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio medesimo.



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

2.10 GESTIONE DEL *SINISTRO* PER LE GARANZIE SPECIALI SEMPRE OPERANTI

2.10.1 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 prestatato i servizi richiesti.

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

Blue Assistance

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

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
	+39 011 742 55 55

2.10.2 COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO*

Al fine di ottenere le prestazioni di cui agli artt. 2.8 RIMBORSO SPESE PER DETARTRASI e 2.9 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO*, l'*Assicurato* deve accedere ai centri odontoiatrici convenzionati esclusivamente per il tramite di *Blue Assistance* in mancanza del quale la prestazione non è operante.

L'*Assicurato* deve provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti da *Blue Assistance* 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.).

Per la prestazione di cui all'art. 2.8 RIMBORSO SPESE PER DETARTRASI resta inteso che non è possibile denunciare il *sinistro* per più di una volta nel corso dell'anno assicurativo.

Per avere diritto alle prestazioni di cui all'art. 2.9 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO*, in caso di infortunio l'*Assicurato* deve inoltre:

- dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* e fornire la descrizione dell'*infortunio*, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;
- fornire referto del Pronto Soccorso Pubblico;
- fornire prescrizione del medico curante attestante la necessità di terapie.

L'*Assicurato* deve acconsentire alla visita dei medici di Reale Mutua ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

2.10.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO - GARANZIE SPECIALI SEMPRE OPERANTI

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. Le spese per i certificati restano a carico dell'*Assicurato*.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazione della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA.

Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.



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

3. ESCLUSIONI

3.1 COSA NON ASSICURIAMO

Reale Mutua 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 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 s.m.i.;
- 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, salvo quanto previsto per il neonato agli artt. 2.1.1.J;
- 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** *parodontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche* salvo quanto previsto agli artt. 2.1.1.A.d e 2.9.1;
- 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 artiche, 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).

Sono altresì esclusi dalla garanzia i casi di perdita permanente dell'autosufficienza derivanti direttamente o indirettamente da:

- P** danni alla propria persona procurati dall'*Assicurato* stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;



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

- Q** abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
R problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica (schizofrenia, depressione ecc.);
S *infortuni* conseguenti a guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi.
 Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole prestazioni.

3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

Fermo quanto previsto all' art. 1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE e le esclusioni dell'art. 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, la garanzia decorre dalle ore 24:

- A** Per le garanzie *Ricovero* e *Extraricovero*:
- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli *infortuni* e per l'aborto post-traumatico;
 - del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto (se assicurato) 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);
 - del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre *malattie*;
- B** Garanzie Speciali sempre operanti:
- del giorno di effetto dell'assicurazione;
- C** Garanzia Non Autosufficienza:
- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli *infortuni* e per l'aborto post-traumatico;
 - dopo 3 anni dall'effetto dell'assicurazione (o del successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente all'insorgenza della *malattia* di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica;
 - dopo 1 anno dall'effetto dell'assicurazione (o dal successivo ingresso in copertura) - per la sola garanzia Non Autosufficienza - nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da quelle specificate nei precedenti due alinea.

3.3 SOSTITUZIONE DI POLIZZA

A Carenze

Qualora la *polizza* sia emessa – senza soluzione di continuità – in sostituzione di polizza in essere con Reale Mutua per lo stesso rischio, o in seguito a variazioni intervenute nel corso del contratto, relativamente agli stessi *Assicurati* i termini di carenza di cui al precedente art. operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente *polizza*.

B Patologie pregresse

- i. Qualora la *polizza* sia emessa in sostituzione durante il corso di analoga *polizza* in essere con Reale Mutua per lo stesso rischio, relativamente agli stessi *Assicurati*, le patologie pregresse diagnosticate e/o liquidate sui precedenti contratti sono assicurate, fino alla scadenza contrattuale della *polizza* sostituita, in base alle somme previste da quest'ultima, ma solo per le garanzie prestate anche sulla nuova *polizza* **(sempreché tali eventi non fossero già esclusi dalla polizza sostituita)**.

Nel caso in cui la nuova *polizza* sia emessa con una scadenza contrattuale superiore a quella originariamente prevista sulla *polizza* sostituita, limitatamente al periodo di copertura residuo (eccedente alla scadenza della *polizza* sostituita), per le garanzie della presente Sezione prestate anche sulla *polizza* sostituita, l'*indennizzo* viene corrisposto al 50% per le patologie indicate all'art.3.1.D **(sempreché tali eventi non fossero già esclusi dalla polizza sostituita)**.

La liquidazione degli *indennizzi* avverrà secondo le modalità previste dalla presente polizza.



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

- ii. Qualora la *polizza* sia emessa – senza soluzione di continuità – in sostituzione a scadenza di analogo *polizza* in essere con Reale Mutua per lo stesso rischio, relativamente agli stessi *Assicurati*, per le garanzie della presente Sezione prestate anche sulla *polizza* sostituita, l'indennizzo viene corrisposto al 50% per le patologie indicate all'art.3.1.D **(sempreché tali eventi non fossero già esclusi dalla polizza sostituita)**.

Quanto sopra non opera in caso di specifica regolamentazione prevista in polizza.

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

SEZIONE ASSISTENZA

4. COSA ASSICURIAMO

GARANZIA ASSISTENZA PERSONA

Reale Mutua presta le garanzie e le prestazioni sotto indicate solo se esplicitamente richiamate nell'*Opzione di Copertura* prescelta.

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.12 CHI NON ASSICURIAMO e 5.1 COSA NON ASSICURIAMO.

4.1 CON TE IN SALUTE

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.

1 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.

2 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.

3 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.



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

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.

1 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 di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 500 per sinistro**.

2 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 di Reale Mutua.

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

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.

1 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.

2 Trasporto in ambulanza

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**.



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

3 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 di Reale Mutua.

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

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.

1 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.



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

4.2 CON TE A CASA

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 è il monitoraggio a lungo termine a seguito di dimissioni post-ricovero.

1 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.

2 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 in autonomia, ad esempio l'accompagnamento di una persona sola e sprovvista di mezzo proprio ad un esame diagnostico.

1 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 di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 300 per *sinistro*.

2 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 di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 700 per *sinistro*.

3 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.

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

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, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

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.

4 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 l'invio di un operatore sociosanitario che supporti l'Assicurato nello svolgimento delle attività primarie, come l'alimentazione e la comunicazione, alleviando il disagio dell'intero nucleo familiare.

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

1 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.



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

2 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 colturali 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 autovettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

3 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 di Reale Mutua.

Se per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, Reale Mutua 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.

4 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.

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

4.3 GESTIONE DEL *SINISTRO*

Per potere usufruire delle prestazioni indicate agli artt. 4.1 CON TE IN SALUTE, 4.2 CON TE A CASA, 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'ESTERO

+39 011 742 55 55

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

L'Assicurato dovrà comunicare:

- le proprie generalità;
- il numero di *polizza*;
- il tipo di prestazione richiesta;
- il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.

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

4.3.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

- **fornire ogni informazione e documentazione richiesta dalla *Centrale Operativa*;**
- **sottoporsi agli accertamenti medici** eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;
- **produrre, se richiesta dalla *Centrale Operativa*, copia della *cartella clinica completa*, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.**

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

4.3.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

Reale Mutua 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 o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi. Reale Mutua 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.

4.3.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

Reale Mutua si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza di cui agli artt. 4.1 CON TE IN SALUTE, 4.2 CON TE A CASA che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di assicurazione.

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

5. ESCLUSIONI

5.1 COSA NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non eroga le prestazioni della presente Sezione qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta o indiretta 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 dell'*Assicurato*;
- E** *malattie* in atto e/o *infortuni* 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 a motore o natanti
- 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.

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

APPENDICE 1

TAVOLA DI VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

	0 punti	5 punti	10 punti	15 punti
1. Vestirsi	L'Assicurato è in grado di vestirsi e/o svestirsi	L'Assicurato è in grado di vestirsi e/o svestirsi ma necessita di assistenza per allacciarsi e/o slacciarsi le stringhe, allacciarsi e/o slacciarsi i bottoni, tirare su e/o giù le cerniere	L'Assicurato è in grado di vestirsi e/o svestirsi la parte superiore del corpo ma non è in grado di vestirsi e/o svestirsi la parte inferiore del corpo e/o mettere e/o togliere calzini e/o scarpe senza l'assistenza di una persona, neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o di indumenti specifici per disabilità motorie e funzionali	L'Assicurato non è in grado di vestirsi e/o svestirsi né la parte superiore del corpo né la parte inferiore del corpo senza l'assistenza di una persona, neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o di indumenti specifici per disabilità motorie e funzionali
2. Spostarsi	L'Assicurato è in grado di spostarsi	L'Assicurato è in grado di spostarsi solo con il supporto permanente e continuativo di ausili alla non autosufficienza (ad esempio: bastone da passeggio e/o stampelle e/o bastoni treppiedi e/o sedia a rotelle)	L'Assicurato è in grado di spostarsi da una stanza all'altra solo con il supporto permanente e continuativo di ausili alla non autosufficienza ma non è in grado di sedersi e/o di alzarsi da una sedia, di coricarsi e/o di alzarsi dal letto, di spostarsi da una sedia al letto e/o viceversa senza l'assistenza di una persona, neppure con il supporto di ausili specifici	L'Assicurato non è in grado di spostarsi da una stanza all'altra su superficie piana senza l'assistenza di una persona, neppure con il supporto permanente e continuativo di ausili alla non autosufficienza
3. Lavarsi	L'Assicurato è in grado di lavarsi	L'Assicurato è in grado di lavarsi ma non è in grado di entrare e/o uscire dalla vasca e/o dalla doccia senza l'assistenza di una persona, neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o impianti specifici per disabilità motorie e funzionali	L'Assicurato è in grado di lavarsi la parte superiore del corpo ma non è in grado di lavarsi la parte inferiore del corpo senza l'assistenza di una persona, neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o impianti specifici per disabilità motorie e funzionali	L'Assicurato non è in grado di lavarsi né la parte superiore del corpo né la parte inferiore del corpo senza l'assistenza di una persona, neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o impianti specifici per disabilità motorie e funzionali
4. Nutrirsi	L'Assicurato è in grado di consumare bevande e/o cibi preparati e serviti	L'Assicurato è in grado di consumare bevande e/o cibi preparati e serviti ma non è in grado di tagliare e/o sminuzzare il cibo	L'Assicurato è in grado di consumare bevande e/o cibi preparati e serviti ma non è in grado di utilizzare in modo appropriato posate né di bere in modo appropriato da un bicchiere e/o da una tazza	L'Assicurato non è in grado né di bere né di mangiare senza l'assistenza di un'altra persona, neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o impianti specifici per disabilità motorie e funzionali

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

	0 punti	5 punti	10 punti	15 punti
5. Deficit Cognitivo	Assenza di diagnosi di <i>malattia</i> organica progressiva del cervello	Un medico specialista adeguatamente qualificato (ad esempio: neurologo e/o geriatra) ha diagnosticato all' <i>Assicurato</i> una <i>malattia</i> organica progressiva del cervello chiaramente identificata	L'Assicurato non è in grado di svolgere permanentemente e continuativamente 3 delle 6 "attività cognitive" riportate nella Tabella delle "attività cognitive" sotto allegata. Il deterioramento delle facoltà mentali deve essere conseguenza unica e diretta della <i>malattia</i> organica progressiva del cervello chiaramente identificata e diagnosticata	L'Assicurato non è in grado di svolgere permanentemente e continuativamente almeno 4 delle 6 "attività cognitive" riportate nella Tabella delle "attività cognitive" sotto allegata. Il deterioramento delle facoltà mentali deve essere conseguenza unica e diretta della <i>malattia</i> organica progressiva del cervello chiaramente identificata e diagnosticata

TABELLA DELLE "ATTIVITÀ COGNITIVE"

Non è in grado di svolgere la singola attività cognitiva l'Assicurato che non è in grado di svolgere nessuna delle singole componenti di ciascuna attività.

Capacità di utilizzare il telefono intesa come capacità di

- utilizzare il telefono di propria iniziativa e
- cercare il numero desiderato e
- comporre il numero desiderato e
- rispondere al telefono, avere una conversazione telefonica e ricordare che la telefonata sia avvenuta

Capacità di fare la spesa intesa come capacità di

- dettare e/o riferire una lista della spesa ragionevole ossia in linea con le abitudini di vita e
- associare gli oggetti acquistati a quanto riportato sulla lista della spesa

Capacità di preparare il cibo intesa come

- capacità di spiegare il processo di preparazione di un piatto semplice, ad esempio un panino e
- consumare pasti regolari, ossia in linea con le abitudini di vita, senza essere sollecitati

Capacità di viaggiare intesa come capacità di

- ricordare numero/linea e fermata di un mezzo di trasporto pubblico usato abitualmente e
- comprendere e ricordare il percorso per raggiungere una destinazione nota e vicina

Capacità di auto somministrazione della terapia farmacologica intesa come capacità di

- assumere la terapia farmacologica nei modi e nei tempi prescritti dal medico con l'eventuale ausilio di allarmi e/o sveglie

Capacità di gestione delle finanze intesa come capacità di

- riconoscere banconote e/o monete e/o assegni attribuendo loro il giusto valore economico e
- fare semplici operazioni di somme e sottrazioni

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

APPENDICE 2

OPZIONE DI COPERTURA A

SEZIONE MALATTIE - Se la Copertura è estesa ai nuclei familiari i massimali si intendono per anno/nucleo			
Art.	Garanzia RICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
2.1	Rimborso Spese Mediche	€ 300.000	Network: franchigia € 500 (ridotta a € 125 per intervento ambulatoriale) Extra network: scoperto 20%, min. € 1.000 (ridotto a € 250 per intervento ambulatoriale) e max. € 5.000
A	spese durante il ricovero o intervento chirurgico		
B	parto		limite per sinistro di € 2.000 per parto non cesareo limite per sinistro di € 4.000 per parto cesareo per parto in SSN: indennità sostitutiva di € 100/die
C	spese precedenti e successive al ricovero		100 gg pre ricovero / 120 gg post ricovero
D	ricovero all'estero		limite di € 2.500 per sinistro
E	trapianto/espianto di organi		
F	indennità sostitutiva del rimborso		€ 100/die (ridotta del 50% per Day Hospital/Day Surgery)
G	terapie oncologiche		
H	assistenza domiciliare per malattia terminale		limite di € 11.000 per sinistro
I	cura per A.I.D.S.		€ 5.500
J	cure al neonato		
Art.	Garanzia EXTRARICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
2.3	Alta Diagnostica	€ 3.000	Network: franchigia € 50 Extra network: scoperto 20%, min. € 50
Art.	Garanzia NON AUTOSUFFICIENZA	Tipo rendita	Importo della rendita
2.6	Rendita da non autosufficienza	rendita mensile per 5 anni	In funzione dell'età dell'Assicurato al momento del sinistro: età inferiore a 18: nessuna rendita età compresa tra 18 e 40 anni: € 2.000 età compresa tra 41 e 50 anni: € 1.000 età compresa tra 51 e 60 anni: € 500 età superiore a 60 anni: € 300
Art.	Garanzie SPECIALI	Massimali	Limiti di indennizzo
2.8	Rimborso spese per detartrasi	una all'anno	solo in centri odontoiatrici convenzionati
2.9	Rimborso spese odontoiatriche a seguito di infortunio	€ 2.000	solo in centri odontoiatrici convenzionati
SEZIONE ASSISTENZA			
Art.	Garanzia ASSISTENZA PERSONA		
4.1	Con Te in Salute		
4.2	Con Te a Casa		



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

OPZIONE DI COPERTURA B

SEZIONE MALATTIE - Se la Copertura è estesa ai nuclei familiari i massimali si intendono per anno/nucleo			
Art.	Garanzia RICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
2.1	Rimborso Spese Mediche	€ 300.000	Network: franchigia € 500 (ridotta a € 125 per intervento ambulatoriale) Extra network: scoperto 20%, min. € 1.000 (ridotto a € 250 per intervento ambulatoriale) e max. € 5.000
	A spese durante il ricovero o intervento chirurgico		
	B parto		limite per sinistro di € 2.000 per parto non cesareo limite per sinistro di € 4.000 per parto cesareo per parto in SSN: indennità sostitutiva di € 100/die
	C spese precedenti e successive al ricovero		100 gg pre ricovero / 120 gg post ricovero
	D ricovero all'estero		limite di € 2.500 per sinistro
	E trapianto/espianto di organi		
	F indennità sostitutiva del rimborso		€ 100/die (ridotta del 50% per Day Hospital/Day Surgery)
	G terapie oncologiche		
	H assistenza domiciliare per malattia terminale		limite di € 11.000 per sinistro
	I cura per A.I.D.S.		€ 5.500
	J cure al neonato		
Art.	Garanzia EXTRARICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
2.3	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	€ 5.000	Network: franchigia € 50 Extra network: scoperto 20%, min. € 50
Art.	Garanzia NON AUTOSUFFICIENZA	Massimali	Importo della rendita
2.6	Rendita da non autosufficienza	rendita mensile per 5 anni	In funzione dell'età dell'Assicurato al momento del sinistro: età inferiore a 18: nessuna rendita età compresa tra 18 e 40 anni: € 2.000 età compresa tra 41 e 50 anni: € 1.000 età compresa tra 51 e 60 anni: € 500 età superiore a 60 anni: € 300
Art.	Garanzie SPECIALI	Massimali	Limiti di indennizzo
2.8	Rimborso spese per detartrasi	una all'anno	solo in centri odontoiatrici convenzionati
2.9	Rimborso spese odontoiatriche a seguito di infortunio	€ 2.000	solo in centri odontoiatrici convenzionati
SEZIONE ASSISTENZA			
Art.	Garanzia ASSISTENZA PERSONA		
4.1	Con Te in Salute		
4.2	Con Te a Casa		



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

OPZIONE DI COPERTURA C

SEZIONE MALATTIE - Se la Copertura è estesa ai nuclei familiari i massimali si intendono per anno/nucleo			
Art.	Garanzia RICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
2.1	Rimborso Spese Mediche	€ 300.000	Network: franchigia € 2.500 (ridotta a € 250 per intervento ambulatoriale) Extra network: franchigia € 3.500 (ridotta a € 500 per intervento ambulatoriale)
A	spese durante il ricovero o intervento chirurgico		
B	parto		limite per sinistro di € 2.000 per parto non cesareo limite per sinistro di € 4.000 per parto cesareo per parto in SSN: indennità sostitutiva di € 100/die
C	spese precedenti e successive al ricovero		100 gg pre ricovero / 120 gg post ricovero
D	ricovero all'estero		limite di € 2.500 per sinistro
E	trapianto/espianto di organi		
F	indennità sostitutiva del rimborso		€ 100/die (ridotta del 50% per Day Hospital/Day Surgery)
G	terapie oncologiche		
H	assistenza domiciliare per malattia terminale		limite di € 11.000 per sinistro
I	cura per A.I.D.S.		€ 5.500
J	cure al neonato		
Art.	Garanzia EXTRARICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
2.3	Alta Diagnostica	€ 3.000	Network: franchigia € 50 Extra network: scoperto 20%, min. € 50
Art.	Garanzia NON AUTOSUFFICIENZA	Massimali	Importo della rendita
2.6	Rendita da non autosufficienza	rendita mensile per 5 anni	In funzione dell'età dell'Assicurato al momento del sinistro: età inferiore a 18: nessuna rendita età compresa tra 18 e 40 anni: € 1.000 età compresa tra 41 e 50 anni: € 600 età compresa tra 51 e 60 anni: € 300 età superiore a 60 anni: € 200
Art.	Garanzie SPECIALI	Massimali	Limiti di indennizzo
2.8	Rimborso spese per detartrasi	una all'anno	solo in centri odontoiatrici convenzionati
2.9	Rimborso spese odontoiatriche a seguito di infortunio	€ 2.000	solo in centri odontoiatrici convenzionati
SEZIONE ASSISTENZA			
Art.	Garanzia ASSISTENZA PERSONA		
4.1	Con Te in Salute		
4.2	Con Te a Casa		



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

OPZIONE DI COPERTURA D

SEZIONE MALATTIE - Se la Copertura è estesa ai nuclei familiari i massimali si intendono per anno/nucleo			
Art.	Garanzia RICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
2.1	Rimborso Spese Mediche	€ 300.000	Network: franchigia € 2.500 (ridotta a € 250 per intervento ambulatoriale) Extra network: franchigia € 3.500 (ridotta a € 500 per intervento ambulatoriale)
	A spese durante il ricovero o intervento chirurgico		
	B parto		limite per sinistro di € 2.000 per parto non cesareo limite per sinistro di € 4.000 per parto cesareo per parto in SSN: indennità sostitutiva di € 100/die
	C spese precedenti e successive al ricovero		100 gg pre ricovero / 120 gg post ricovero
	D ricovero all'estero		limite di € 2.500 per sinistro
	E trapianto/espianto di organi		
	F indennità sostitutiva del rimborso		€ 100/die (ridotta del 50% per Day Hospital/Day Surgery)
	G terapie oncologiche		
	H assistenza domiciliare per malattia terminale		limite di € 11.000 per sinistro
	I cura per A.I.D.S.		€ 5.500
	J cure al neonato		
Art.	Garanzia EXTRARICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
2.3	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	€ 5.000	Network: franchigia € 50 Extra network: scoperto 20%, min. € 50
Art.	Garanzia NON AUTOSUFFICIENZA	Massimali	Importo della rendita
2.6	Rendita da non autosufficienza	rendita mensile per 5 anni	In funzione dell'età dell'Assicurato al momento del sinistro: età inferiore a 18: nessuna rendita età compresa tra 18 e 40 anni: € 1.000 età compresa tra 41 e 50 anni: € 600 età compresa tra 51 e 60 anni: € 300 età superiore a 60 anni: € 200
Art.	Garanzie SPECIALI	Massimali	Limiti di indennizzo
2.8	Rimborso spese per detartrasi	una all'anno	solo in centri odontoiatrici convenzionati
2.9	Rimborso spese odontoiatriche a seguito di infortunio	€ 2.000	solo in centri odontoiatrici convenzionati
SEZIONE ASSISTENZA			
Art.	Garanzia ASSISTENZA PERSONA		
4.1	Con Te in Salute		
4.2	Con Te a Casa		



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

OPZIONE DI COPERTURA E

SEZIONE MALATTIE - Se la Copertura è estesa ai nuclei familiari i massimali si intendono per anno/nucleo			
Art.	Garanzia RICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
2.1	Rimborso Spese Mediche	€ 300.000	Network: franchigia € 5.000 (ridotta a € 350 per intervento ambulatoriale) Extra network: franchigia € 5.000 (ridotta a € 500 per intervento ambulatoriale)
	A spese durante il ricovero o intervento chirurgico		
	B parto		limite per sinistro di € 2.000 per parto non cesareo limite per sinistro di € 4.000 per parto cesareo per parto in SSN: indennità sostitutiva di € 100/die
	C spese precedenti e successive al ricovero		100 gg pre ricovero / 120 gg post ricovero
	D ricovero all'estero		limite di € 2.500 per sinistro
	E trapianto/espianto di organi		
	F indennità sostitutiva del rimborso		€ 100/die (ridotta del 50% per Day Hospital/Day Surgery)
	G terapie oncologiche		
	H assistenza domiciliare per malattia terminale		limite di € 11.000 per sinistro
	I cura per A.I.D.S.		€ 5.500
	J cure al neonato		
Art.	Garanzia EXTRARICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
2.3	Alta Diagnostica	€ 3.000	Network: franchigia € 50 Extra network: scoperto 20%, min. € 50
Art.	Garanzia NON AUTOSUFFICIENZA	Massimali	Importo della rendita
2.6	Rendita da non autosufficienza	rendita mensile per 5 anni	In funzione dell'età dell'Assicurato al momento del sinistro: età inferiore a 18: nessuna rendita età compresa tra 18 e 40 anni: € 600 età compresa tra 41 e 50 anni: € 300 età compresa tra 51 e 60 anni: € 180 età superiore a 60 anni: € 150
Art.	Garanzie SPECIALI	Massimali	Limiti di indennizzo
2.8	Rimborso spese per detartrasi	una all'anno	solo in centri odontoiatrici convenzionati
2.9	Rimborso spese odontoiatriche a seguito di infortunio	€ 2.000	solo in centri odontoiatrici convenzionati
SEZIONE ASSISTENZA			
Art.	Garanzia ASSISTENZA PERSONA		
4.1	Con Te in Salute		
4.2	Con Te a Casa		



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

OPZIONE DI COPERTURA F

SEZIONE MALATTIE - Se la Copertura è estesa ai nuclei familiari i massimali si intendono per anno/nucleo			
Art.	Garanzia RICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
2.1	Rimborso Spese Mediche	€ 300.000	Network: franchigia € 5.000 (ridotta a € 350 per intervento ambulatoriale) Extra network: franchigia € 5.000 (ridotta a € 500 per intervento ambulatoriale)
A	spese durante il ricovero o intervento chirurgico		
B	parto		limite per sinistro di € 2.000 per parto non cesareo limite per sinistro di € 4.000 per parto cesareo per parto in SSN: indennità sostitutiva di € 100/die
C	spese precedenti e successive al ricovero		100 gg pre ricovero / 120 gg post ricovero
D	ricovero all'estero		limite di € 2.500 per sinistro
E	trapianto/espianto di organi		
F	indennità sostitutiva del rimborso		€ 100/die (ridotta del 50% per Day Hospital/Day Surgery)
G	terapie oncologiche		
H	assistenza domiciliare per malattia terminale		limite di € 11.000 per sinistro
I	cura per A.I.D.S.		€ 5.500
J	cure al neonato		
Art.	Garanzia EXTRARICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
2.3	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	€ 5.000	Network: franchigia € 50 Extra network: scoperto 20%, min. € 50
Art.	Garanzia NON AUTOSUFFICIENZA	Massimali	Importo della rendita
2.6	Rendita da non autosufficienza	rendita mensile per 5 anni	In funzione dell'età dell'Assicurato al momento del sinistro: età inferiore a 18: nessuna rendita età compresa tra 18 e 40 anni: € 600 età compresa tra 41 e 50 anni: € 300 età compresa tra 51 e 60 anni: € 180 età superiore a 60 anni: € 150
Art.	Garanzie SPECIALI	Massimali	Limiti di indennizzo
2.8	Rimborso spese per detartrasi	una all'anno	solo in centri odontoiatrici convenzionati
2.9	Rimborso spese odontoiatriche a seguito di infortunio	€ 2.000	solo in centri odontoiatrici convenzionati
SEZIONE ASSISTENZA			
Art.	Garanzia ASSISTENZA PERSONA		
4.1	Con Te in Salute		
4.2	Con Te a Casa		



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

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA

Si riportano i seguenti articoli del codice civile a titolo di consultazione, per tutto quanto non è richiamato di seguito valgono le norme della legge italiana.

Art. 1341 Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscere usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificatamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o droghe alla competenza dell'Autorità giudiziaria.

Art. 1342 Contratto concluso moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1469 bis Contratti del consumatore

Le disposizioni del presente titolo si applicano ai contratti del consumatore, ove non derogate dal codice del consumo o da altre disposizioni più favorevoli per il consumatore.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.



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

Art. 1897 Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

Art. 1910 Assicurazione presso diversi Assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi Assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'Assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)



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

Art. 1915 Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'Assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art 2952 Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'Assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

**Servizio Clienti
Buongiorno Reale**

800 320 320

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20
buongiorno reale@realemutua.it

**Assistenza stradale,
per l'abitazione e la salute**

800 092 092

24 ore su 24
7 giorni su 7

IL TUO AGENTE REALE



Mod. 5135 MAL



REALE GROUP

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

Società Reale Mutua di Assicurazioni - Fondata nel 1828 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello, 11 10122 Torino (Italia) - Tel. +39 011 4311111 - Fax +39 011 4350966 - realemutua@pec.realemutua.it
www.realemutua.it - Registro Imprese Torino, Codice Fiscale 00875360018 - N. Partita IVA 11998320011 - R.E.A. Torino N. 9806 - Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.