

Assicurazione rimborso spese mediche

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

Società Reale Mutua di Assicurazioni



Benefit Salute Special

Edizione 07/2020 (Ultimo aggiornamento disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto

Reale Mutua di Assicurazioni società mutua assicuratrice, capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, Via Corte d'Appello, n. civico 11; CAP 10122; città Torino; tel. +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966; sito internet: www.realemutua.it; e-mail: buongiornoale@realemutua.it; pec: realemutua@pec.realemutua.it.
Iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L. 29/04/1923, n. 966 REA Torino, n. 9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 2.228 milioni di euro, di cui 60 milioni di euro relativi al Fondo di Garanzia e 2.168 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

Le informazioni relative alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) sono disponibile al seguente link: <https://www.realemutua.it/institutional/chi-siamo/relazioni-e-bilanci>.

Si specificano i seguenti dati:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 914,8 milioni;
- requisito patrimoniale minimo di solvibilità (MCR): 411,7 milioni;
- fondi propri ammissibili (eligible own funds), interamente classificati come Tier1: 3.316,4 milioni di euro;
- solvency ratio: 362,5 %.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'impegno di Reale Mutua sarà limitato ai massimali e alle somme assicurate concordati con il Contraente.
Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto al DIP Danni.



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

SEZIONE MALATTIE

Reale Mutua non presta le garanzie previste per:

- ✗ malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
- ✗ patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;

	✗ 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; ✗ check-up di medicina preventiva; ✗ interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia); ✗ parodontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche ✗ aborto volontario non terapeutico; ✗ infertilità, sterilità, impotenza; ✗ sieropositività da virus H.I.V.; ✗ 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; - guerre, insurrezioni in genere; - movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano ✗ 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: ✗ 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.
--	--



Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE MALATTIE

OPZIONE DI COPERTURA A, C, E

Garanzia RICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo/Franchigie e Scoperti
Rimborso Spese Mediche	€ 300.000	Network: se scelta OPZIONE A: franchigia € 500 (ridotta a € 125 per intervento ambulatoriale) Se scelta OPZIONE C: franchigia € 2.500 (ridotta a € 250 per intervento ambulatoriale) Se scelta OPZIONE E: franchigia € 5.000 (ridotta a € 350 per intervento ambulatoriale) Extra network: se scelta OPZIONE A: scoperto 20%, min. € 1.000 (ridotto a € 250 per intervento ambulatoriale)

		e max. € 5.000 Se scelta OPZIONE C: franchigia € 3.500 (ridotta a € 500 per intervento ambulatoriale) Se scelta OPZIONE E franchigia € 5.000 (ridotta a € 500 per intervento ambulatoriale)	
spese durante il ricovero o intervento chirurgico			
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	
spese precedenti e successive al ricovero		100 gg pre ricovero / 120 gg post ricovero	
ricovero all'estero		limite di € 2.500 per sinistro	
trapianto/espanto di organi			
indennità sostitutiva del rimborso		€ 100/die (ridotta del 50% per Day Hospital/Day Surgery)	
terapie oncologiche			
assistenza domiciliare per malattia terminale		limite di € 11.000 per sinistro	
cura per A.I.D.S.		€ 5.500	
cure al neonato			
Garanzia EXTRARICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo	
Alta Diagnostica	€ 3.000	Network: franchigia € 50 Extra network: scoperto 20%, min. € 50	
Garanzia NON AUTOSUFFICIENZA	Tipo rendita	Importo della rendita	
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 se scelta OPZIONE A € 1.000 se scelta OPZIONE C € 600 se scelta OPZIONE E età compresa tra 41 e 50 anni: € 1.000 se scelta OPZIONE A € 600 se scelta OPZIONE C € 300 se scelta OPZIONE E età compresa tra 51 e 60 anni: € 500 se scelta OPZIONE A € 300 se scelta OPZIONE C € 180 se scelta OPZIONE E età superiore a 60 anni: € 300 se scelta OPZIONE A € 200 se scelta OPZIONE C € 150 se scelta OPZIONE E	
OPZIONE DI COPERTURA B, D, F			
Garanzia RICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo	

Rimborso Spese Mediche		Network se scelta OPZIONE B: franchigia € 500 (ridotta a € 125 per intervento ambulatoriale) Se scelta OPZIONE D: franchigia € 2.500 (ridotta a € 250 per intervento ambulatoriale) Se scelta OPZIONE F: franchigia € 5.000 (ridotta a € 350 per intervento ambulatoriale) Extra network: se scelta OPZIONE B: scoperto 20%, min. € 1.000 (ridotto a € 250 per intervento ambulatoriale) e max. € 5.000 Se scelta OPZIONE D: franchigia € 3.500 (ridotta a € 500 per intervento ambulatoriale) Se scelta OPZIONE F: franchigia € 5.000 (ridotta a € 500 per intervento ambulatoriale)
	OPZIONE B/D € 300.000	
	OPZIONE F € 200.000	
	spese durante il ricovero o intervento chirurgico	
	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
	spese precedenti e successive al ricovero	100 gg pre ricovero / 120 gg post ricovero
	ricovero all'estero	limite di € 2.500 per sinistro
	trapianto/espanto di organi	
	indennità sostitutiva del rimborso	€ 100/die (ridotta del 50% per Day Hospital/Day Surgery)
	terapie oncologiche	
	assistenza domiciliare per malattia terminale	limite di € 11.000 per sinistro
	cura per A.I.D.S.	€ 5.500
	cure al neonato	
Garanzia EXTRARICOVERO	Massimali	Limiti di indennizzo
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	€ 5.000	Network: franchigia € 50 Extra network: scoperto 20%, min. € 50
Garanzia NON AUTOSUFFICIENZA	Massimali	Importo della rendita
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 se scelta OPZIONE B € 1.000 se scelta OPZIONE D € 600 se scelta OPZIONE F età compresa tra 41 e 50 anni: € 1.000 se scelta OPZIONE B

		€ 600 se scelta OPZIONE D € 300 se scelta OPZIONE F età compresa tra 51 e 60 anni: € 500 se scelta OPZIONE B € 300 se scelta OPZIONE D € 180 se scelta OPZIONE F età superiore a 60 anni: € 300 se scelta OPZIONE B € 200 se scelta OPZIONE D € 150 se scelta OPZIONE F
Per tutte le OPZIONI di COPERTURA – GARANZIA RICOVERO RICOVERO ALL'ESTERO PER MALATTIA IMPROVVISA O INFORTUNIO 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 SEZIONE ASSISTENZA CON TE IN SALUTE e 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, fino a tre volte per annualità assicurativa. Sono inoltre previsti specifici sottolimiti per alcuni servizi o prestazioni.		

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro:
	SEZIONE MALATTIE <u>GARANZIA RICOVERO</u> 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 UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E DI MEDICI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE – LIQUIDAZIONE IN FORMA A RIMBORSO L'Assicurato 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 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 (ferma la preventiva autorizzazione da parte di Blue Assistance), mentre l'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica. <u>GARANZIA EXTRARICOVERO</u> UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE – LIQUIDAZIONE IN FORMA DIRETTA L'Assicurato deve: ◆ contattare, almeno 3 giorni prima, la struttura sanitaria per prenotare la prestazione comunicando che si vuole attivare il servizio "Diretta Blue Easy"; oppure ◆ telefonare preventivamente a Blue Assistance e ricevere l'autorizzazione al pagamento diretto di Blue Assistance. 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. UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE – LIQUIDAZIONE IN FORMA A RIMBORSO L'Assicurato 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. UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE – LIQUIDAZIONE IN FORMA A RIMBORSO 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; ◆ dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza. <u>GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA</u> L'Assicurato o chi per esso deve: ◆ fornire ogni informazione e documentazione richiesta dalla Centrale Operativa o da Reale Mutua; ◆ fornire certificato attestante la perdita dell'Autosufficienza dell'Assicurato e relazione medica sulle cause della perdita di Autosufficienza. SEZIONE ASSISTENZA Per attivare la garanzia l'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa
--	--

	Assistenza diretta/in convenzione: Il contratto prevede la possibilità di utilizzare strutture sanitarie e medici convenzionati con Blue Assistance, presso cui l'Assicurato – previo accordo telefonico con la Centrale Operativa della stessa - può fruire dell'indennizzo diretto per le prestazioni comprese in garanzia. Prescrizione: Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	<u>GARANZIA RICOVERO</u> e <u>GARANZIA EXTRARICOVERO</u> Qualora l'Assicurato, nei casi previsti, 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. <u>GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA</u> 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.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	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. Il premio è comprensivo di imposte: ! per la sezione Malattie si applica l'aliquota d'imposta del 2,5%; ! per la sezione Assistenza si applica l'aliquota d'imposta del 10%.
Rimborso	Qualora si manifesti una delle condizioni di non assicurabilità dopo l'incasso del premio, la persona cessa di essere assicurata: in questo caso il Contraente ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto al netto dell'imposta.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Carenze: SEZIONE MALATTIE <u>GARANZIA RICOVERO</u> e <u>GARANZIA EXTRARICOVERO</u> La garanzia decorre dalle ore 24: ◆ 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;

	<u>GARANZIA NON AUTOSUFFICIENZA</u> La garanzia decorre dalle ore 24: ♦ 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. Carenze – SEZIONE ASSISTENZA L'Assistenza domiciliare integrata è operativa a partire dal 30° giorno successivo alla sottoscrizione dell'assicurazione, se attivata a seguito di malattia.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie del contratto.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione del contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto si rivolge alle persone giuridiche che desiderano tutelare i propri amministratori/dipendenti dalle spese derivanti dalla gestione della salute propria o del nucleo familiare. Il prodotto presenta inoltre garanzie aggiuntive dedicate ad esigenze specifiche	

 Quali costi devo sostenere?	
Sulla base delle rilevazioni contabili dell'ultimo esercizio relativi al presente prodotto, l'ammontare della quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 27,34% dei premi contabilizzati	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" – Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: buongiorno reale@realemutua.it. La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano. Reale Mutua è tenuta a rispondere entro 45 giorni.

ALL'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Commissione di garanzia: Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino, e-mail: commissione.garanziaassicurato@realemutua.it. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni. Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.realemutua.it. Arbitrato Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile

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