

OFFERTA PER LA FAMIGLIA
A COPERTURA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

Realmente Con te

Il presente FASCICOLO INFORMATIVO contenente:
- Nota Informativa, comprensiva del Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al contraente
prima della sottoscrizione del contratto.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

Realmente Welfare

REALE MUTUA

REALMENTE CON TE

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) Società Reale Mutua di Assicurazioni – forma giuridica: società mutua assicuratrice, Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.

b) Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia).

c) Recapito telefonico: +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966
Sito internet: www.realemutua.it
E-mail: buongiornoreale@realemutua.it
Posta Elettronica Certificata (PEC): realemutua@pec.realemutua.it

d) 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.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 1906 milioni di euro di cui 60 milioni di euro relativi al fondo di garanzia, e 1846 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.
L'indice di solvibilità (Solvency II Ratio) è pari al 346,50% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (eligible own funds) e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR)..

B INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La informiamo che su **www.realemutua.it è disponibile un'Area Riservata** che le permetterà di consultare la Sua posizione assicurativa (come previsto dal Provvedimento IVASS n.7 del 16 luglio 2013) e di usufruire di altre comode funzionalità. L'accesso è consentito gratuitamente seguendo le semplici istruzioni di registrazione presenti sul sito.

TACITO RINNOVO DEL CONTRATTO

Il contratto, a seconda dell'accordo tra le parti (il Contraente e Reale Mutua), può prevedere, oppure no, il tacito rinnovo alla sua scadenza; la scelta effettuata si può rilevare nella casella "tacito rinnovo" presente sul modulo di polizza.
Reale Mutua si impegna a rinnovare annualmente l'assicurazione

AVVERTENZA: se il contratto viene stipulato con la clausola di tacito rinnovo , è possibile comunque impedirne il rinnovo mediante la disdetta. La disdetta può essere effettuata, sia da parte del Contraente sia da parte di Reale Mutua, solo mediante comunicazione con lettera raccomandata che deve essere spedita entro 30 giorni dalla scadenza del contratto.
La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.
Per i dettagli sulle modalità di disdetta si rimanda all'art. 1.3 delle Condizioni di Assicurazione.

AGGIORNAMENTI NON DERIVANTI DA INNOVAZIONI NORMATIVE

Gli aggiornamenti al fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative sono consultabili presso il sito internet di Reale Mutua (www.realemutua.it).

La commercializzazione del prodotto "Realmente Con Te" è riservata ai soggetti domiciliati in Italia.

3. Copertura assicurativa offerta - Limitazioni ed esclusioni

Il prodotto "Realmente con Te" contiene prestazioni e servizi di aiuto immediato alla persona colpita da infortunio e/o malattia improvvisa oppure, nei casi più gravi, da una condizione di non autosufficienza accertata.

Nel seguito sono sinteticamente illustrate le garanzie offerte dal prodotto.
La garanzia "FIRST CARE" contiene prestazioni e servizi che offrono un supporto per gestire le necessità e le urgenze che possono verificarsi nella vita quotidiana a seguito di malattia e/o infortunio, oppure in caso di ricovero
La garanzia è regolamentata all' art. 2.

AVVERTENZA: la garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti diversi limiti ed esclusioni che possono dar luogo alla mancata erogazione delle prestazione. Essi sono indicati ai seguenti artt.: 1.10 "CHI NON ASSICURIAMO"; 1.11 "LIMITI DI ETA'"; 2.2 "COSA NON ASSICURIAMO"; 2.3.1 "OBBLIGHI DELL'ASSICURATO"; 2.3.2 "MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI"; 2.3.3 "RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE" nonché nelle singole prestazioni e nel glossario.

AVVERTENZA
La garanzia prevede che Reale Mutua si faccia carico delle spese entro i massimali previsti dalle condizioni di polizza.

Le garanzie "CASE MANAGEMENT E TELEMEDICINA" offrono, per quanto riguarda il "CASE MANAGEMENT" un ventaglio di servizi e prestazioni utili a fronteggiare le mutate esigenze dell'Assicurato e del suo nucleo familiare in caso di accertamento della non autosufficienza; mentre, per la garanzia "TELEMEDICINA", la possibilità di far monitorare da un medico o da un'equipe medica a distanza i propri parametri vitali, mediante l'installazione, presso la sua abitazione, di un apposito kit di misurazione e di archiviarli in una cartella clinica disponibile online.
Le garanzie sono regolamentate all' art. 3.

AVVERTENZA: il prodotto non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti diversi limiti ed esclusioni che possono dar luogo alla mancata erogazione delle prestazione. Essi sono indicati ai seguenti artt.: 1.10 "CHI NON ASSICURIAMO"; 1.11 "LIMITI DI ETA'"; 3.2 "COSA NON ASSICURIAMO"; 3.3.1"OBBLIGHI DELL'ASSICURATO"; 3.3.5 "MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI"; 3.3.6 "RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE"nonché nelle singole prestazioni e nel glossario.

AVVERTENZA
Le garanzie prevedono che Reale Mutua si faccia carico delle spese entro i massimali previsti dalle condizioni di polizza.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DEL MASSIMALE
In caso di sinistro, per calcolare l'importo tenuto a carico da Reale Mutua occorre, una volta stabilito che il sinistro è coperto dall'assicurazione, tenere conto dei massimali entro i quali Reale Mutua interviene.

Esempi di applicazione del massimale (valido per la garanzia First Care)

Costo per Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto	€	500	650
Importo di cui si fa carico Reale Mutua	€	500	500
Importo che rimane a carico dell'Assicurato	€	0	150

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA: sono presenti nelle Condizioni di Assicurazione delle carenze, ovvero periodi di tempo che intercorrono tra la data di effetto dell'assicurazione e l'effettiva decorrenza della garanzia.
Per i dettagli si veda l'art. 2.1 lett. C) n. 1 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio– Nullità

AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare effetti negativi sulla prestazione o, in alcune circostanze, essere causa di annullamento del contratto, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile e all' art. 1.1 delle Condizioni di Assicurazione.

6. Premi

Il premio, salvo diversa pattuizione, è annuale ed è pagabile:

- in unica rata per ciascun periodo annuo
oppure
- a rate costanti per periodi inferiori all'anno (semestrali o quadrimestrali o trimestrali).

È possibile pagare il premio nei seguenti modi:

- denaro contante (entro i limiti previsti dalla Legge vigente),
- assegno bancario,
- assegno circolare,
- bonifico bancario,
- bollettino postale,
- carte di debito/credito (in base alla vigente normativa).

AVVERTENZA: **l'impresa o l'intermediario, in base a valutazioni tecnico commerciali nel loro complesso, possono applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente del prodotto.**

7. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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 (art. 2952 del Codice Civile).

8. Legge applicabile al contratto

Al contratto che verrà stipulato si applica la legge italiana. Premesso che le parti hanno la facoltà di assoggettare il contratto ad una diversa legislazione, ferma la prevalenza delle disposizioni specifiche in materia di assicurazione obbligatoria nonché delle norme imperative nazionali, Reale Mutua indica come opzione prescelta l'applicazione della legge italiana.

9. Regime fiscale

Per le garanzie in polizza si applica l'aliquota d'imposta del 10%.

C INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

10. Sinistri – Erogazione delle prestazioni

AVVERTENZA: **Il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi:**
- per la garanzia First Care, quanto descritto nelle singole prestazioni di cui all'art. 2.1. delle Condizioni di Assicurazione ;
- per le garanzie Case Management e Telemedicina, il sopravvenuto stato di non autosufficienza, nei termini previsti all'art. 3.3.3 delle Condizioni di Assicurazione.
Le Condizioni di Assicurazione prevedono che, in caso di sinistro, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa e fornire le informazioni richieste dalla stessa. Deve poi osservare alcune prescrizioni, descritte nelle Condizioni di Assicurazione. Tra le altre, si evidenzia che l'Assicurato dovrà sottoporsi ad eventuali visite dei medici di Reale Mutua e fornire ai medici stessi o agli incaricati le informazioni ritenute necessarie, nonché a sciogliere 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 o curato. Si evidenzia che, per le garanzie Case Management e Telemedicina, l'Assicurato sarà tenuto a consentire eventuali visite dei medici di Reale Mutua ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari per la valutazione del danno. I dettagli delle istruzioni per la denuncia e per le richiesta di assistenza sono descritti negli artt. 2.3 e 3.3 "Gestione del sinistro".

AVVERTENZA: **La gestione dei sinistri è affidata alla società BLUE ASSISTANCE S.P.A., alla cui Centrale Operativa vanno sporte le denunce ed i cui dettagli sono esposti agli artt. 2.3 e 3.3.**

11. Reclami

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: buongiornoreale@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.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS con una delle seguenti modalità:

- via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma;

- via fax 06/42133353 oppure 06/42133745;
- via pec all'indirizzo ivass@pec.ivass.it;

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo andrà presentato utilizzando il modello predisposto dall'IVASS e reperibile sul sito www.ivass.it - Guida ai reclami; su tale sito potrà reperire ulteriori notizie in merito alle modalità di ricorso ed alle competenze dell'ente di controllo. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.
In caso di controversia con un'impresa d'assicurazione con sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'IVASS con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.Ivass.it

Potrà inoltre trovare tutti i dati relativi alla gestione dei reclami sul sito Internet www.realemutua.it.

Le segnaliamo inoltre che, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, potrà avvalersi dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, tra i quali Le segnaliamo:

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.

Mediazione per la conciliazione delle controversie
In caso di controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria o in materia di contratti assicurativi, bancari o finanziari, qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di mediazione prevista dal d.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni. La mediazione non è obbligatoria negli altri casi e per le controversie relative al risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli.
Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it.
La mediazione si introduce con una domanda all'organismo nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia contenente l'indicazione dell'organismo investito, delle parti, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni.
Le parti devono partecipare alla procedura di mediazione, già dal primo incontro, con l'assistenza di un avvocato

* * *

Reale Mutua è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.



Il significato di alcuni termini di questa Nota Informativa e delle Condizioni di Assicurazione è riportato nel seguente

GLOSSARIO

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 di Reale Mutua, all'erogazione delle prestazioni e dei servizi di assistenza.

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

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

CONTRAENTE
La persona che stipula il contratto con 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.

INABILITA' TEMPORANEA
Incapacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana e/o la propria attività professionale per un limitato periodo di tempo.

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 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 immobilizzazione, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.
Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:

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

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

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

MASSIMALE
La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e per persona, la Centrale Operativa di Blue Assistance eroga le prestazioni previste in polizza.

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.

NON AUTOSUFFICIENZA
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.**

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

PIANO DI ASSISTENZA MULDISCIPLINARE
Piano personalizzato, comprensivo di prestazioni e servizi di assistenza alla persona messo a punto dal Tutor Medico di Blue Assistance in funzione del caso specifico e delle condizioni dell'Assicurato.

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
Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA
Struttura che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto di Reale Mutua al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione del servizio di "Telemedicina" previsto in polizza entro i limiti previsti dal contratto.

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.

TELEMEDICINA
Monitoraggio dei parametri vitali della persona, effettuato mediante trasmissione a distanza di dati di carattere medico (sotto forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie) prodotti da strumenti diagnostici e archiviati in una cartella clinica disponibile sul web.

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

Realmente Con Te

Qualità ed efficienza per assistere
al meglio chi perde l'autosufficienza

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INTRODUZIONE pag. 4

DEFINIZIONI pag. 5

1 CONDIZIONI GENERALI pag. 8
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO pag. 8
1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE pag. 8
1.3 TACITA PROROGA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE-DURATA DELL'ASSICURAZIONE pag. 8
1.4 RINUNCIA ALLA RIVALSA pag. 8
1.5 FORO COMPETENTE pag. 8
1.6 ONERI FISCALI pag. 8
1.7 ALTRE ASSICURAZIONI pag. 8
1.8 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE pag. 8
1.9 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE pag. 8
1.10 CHI NON ASSICURIAMO pag. 9
1.11 LIMITI DI ETÀ pag. 9
1.12 ESTENSIONE TERRITORIALE pag. 9

2 GARANZIA FIRST CARE pag. 10
2.1 COSA ASSICURIAMO pag. 10
2.2 COSA NON ASSICURIAMO pag. 13
2.3 GESTIONE DEL SINISTRO pag. 14
2.3.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 14
2.3.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI pag. 14
2.3.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE pag. 14

3 GARANZIE CASE MANAGEMENT E TELEMEDICINA pag. 15
3.1 COSA ASSICURIAMO pag. 15
3.2 COSA NON ASSICURIAMO pag. 22
3.3 GESTIONE DEL SINISTRO pag. 23
3.3.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 23
3.3.2 CRITERI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI pag. 24
3.3.3 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA pag. 24
3.3.4 EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI pag. 24
3.3.5 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI pag. 24
3.3.6 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE pag. 24

4 ACCESSO AL NETWORK pag. 25
4.1 OGGETTO pag. 25
4.2 DIRITTI DELL'ASSICURATO pag. 25

APPENDICE 1 pag. 26
TAVOLA DI VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA pag. 26

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

INTRODUZIONE

Realmente Con Te è un prodotto Assistenza che contiene prestazioni assicurative e servizi fruibili in caso di malattia o infortunio che possono compromettere in modo temporaneo o definitivo la salute e l'integrità fisica delle persone, come nel caso di una condizione di non autosufficienza accertata.
Tale prodotto si compone delle seguenti garanzie e servizi:

- First Care
- Case Management e Telemedicina
- Accesso al network

Tale offerta si completa con la possibilità di abbinare la copertura Long Term Care del prodotto Realmente Sereno che può essere stipulata per un singolo Assicurato a copertura del rischio di perdita dell'autosufficienza.

Il Fascicolo Informativo è costituito da Nota Informativa, Glossario e Condizioni di Assicurazione. Queste ultime sono suddivise in Condizioni Generali, a loro volta composte di Garanzie.

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

GARANZIA FIRST CARE

La garanzia contiene prestazioni e servizi che offrono un supporto per gestire le necessità e le urgenze che possono verificarsi nella vita quotidiana a seguito di malattia e/o infortunio, oppure in caso di ricovero.
Questa garanzia si compone delle seguenti prestazioni:

- Tutoring medico telefonico personalizzato
- Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto
- Invio di un fisioterapista
- Consegna spesa
- Assistenza domiciliare integrata
- Prelievo di campioni da analizzare e consegna referti
- Fornitura di attrezzatura medico-chirurgica
- Effettuazione di radiografie ed ecografie

GARANZIE CASE MANAGEMENT E TELEMEDICINA

La garanzia Case Management offre un ventaglio di servizi e prestazioni utili a fronteggiare le mutate esigenze dell'Assicurato e del suo nucleo familiare in caso di accertamento della non autosufficienza.
La garanzia Telemedicina offre all'Assicurato, la possibilità di far monitorare da un medico o da un'equipe medica a distanza i propri parametri vitali, mediante l'installazione, presso la sua abitazione, di un apposito kit di misurazione e di archiviarli in una cartella clinica disponibile online.

Il prodotto Realmente Con Te garantisce e disciplina anche l'accesso alla rete convenzionata di strutture sanitarie, fisioterapisti e odontoiatri di Blue Assistance.

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

DEFINIZIONI

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.

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 di Reale Mutua, all'erogazione delle prestazioni e dei servizi di assistenza.

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

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

CONTRAENTE
La persona che stipula il contratto con 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*.

INABILITÀ TEMPORANEA
Incapacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana e/o la propria attività professionale per un limitato periodo di tempo.

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 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 immobilizzazione, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.
Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:
- **le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo (salvo le endoscopie sopra descritte);**
- **le iniezioni.**

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

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

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, la *Centrale Operativa* di *Blue Assistance* eroga le prestazioni previste in *polizza*.

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.

NON AUTOSUFFICIENZA
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.**

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

PIANO DI ASSISTENZA MULDISCIPLINARE
Piano personalizzato, comprensivo di prestazioni e servizi di assistenza alla persona messo a punto dal tutor medico di *Blue Assistance* in funzione del caso specifico e delle condizioni dell'*Assicurato*.

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
Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA
Struttura che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto di Reale Mutua al contatto con l'*Assicurato*, all'organizzazione ed erogazione del servizio di *Telemedicina* previsto in *polizza* entro i limiti previsti dal contratto.

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.

TELEMEDICINA
Monitoraggio dei parametri vitali della persona, effettuato mediante trasmissione a distanza di dati di carattere medico (sotto forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie) prodotti da strumenti diagnostici e archiviati in una cartella clinica disponibile sul web.

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.

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'erogazione delle prestazioni, 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 TACITA PROROGA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Qualora nella casella "tacito rinnovo" del *modulo di polizza* sia riportata l'indicazione "SI", in mancanza di disdetta, effettuata mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* è prorogata per un anno e così ad ogni successiva scadenza.

1.4 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Relativamente alle garanzie First Care, Case Management e *Telemedicina*, Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile e s.m.i. verso i terzi responsabili della *malattia*, dell'*infortunio* o della condizione di *non autosufficienza*.

1.5 FORO COMPETENTE

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

1.6 ONERI FISCALI

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

1.7 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.

1.8 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.9 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.

1.10 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.

1.11 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 71 anni, fermo restando un limite di età alla stipula dell'assicurazione di 70 anni. Le persone che raggiungono i 71 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.

1.12 ESTENSIONE TERRITORIALE

Ove non diversamente esplicitato le prestazioni sono da intendersi valide nei seguenti paesi:
Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Stato della Città del Vaticano.
Le prestazioni valide in Europa, ove esplicitamente indicato, si intendono operanti nei seguenti Paesi:
Albania, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia – Erzegovina, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca continentale, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Islanda, Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Moldavia, Montenegro, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo continentale, Principato di Monaco, Regno Unito, Repubblica Ceca, Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino, Romania, Russia europea, Serbia, Slovacchia, Slovenia, Spagna continentale e Isole del Mediterraneo, Stato della Città del Vaticano, Svezia, Svizzera, Turchia europea, Ucraina e Ungheria.
Le prestazioni operanti in tutto il Mondo, ove esplicitamente indicato, non sono erogate nei Paesi che si trovino in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto.

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

2 GARANZIA FIRST CARE

2.1 COSA ASSICURIAMO

La garanzia fornisce un aiuto immediato, nel caso in cui l'*Assicurato* si trovi in una situazione di difficoltà in seguito al verificarsi di un evento dannoso come una *malattia*, un *infortunio*, un *ricovero* o una condizione di *inabilità*, anche *temporanea*.

Le esclusioni sono indicate negli artt. 1.10 CHI NON ASSICURIAMO e 2.2 COSA NON ASSICURIAMO

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 per annualità assicurativa e per un massimo di 30 giorni consecutivi.

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.

Le seguenti prestazioni sono operative fino a 3 volte per ciascun tipo ed annualità assicurativa

1 Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto

Qualora l'*Assicurato*, nei 90 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, terapie 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 di guardia 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 € 500 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 90 giorni successivi 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.

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, ad esempio 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* necessiti di assistenza sociosanitaria, come certificato da un medico specialista, oppure a seguito di *ricovero* per *infortunio* o *malattia* **di durata non inferiore a 3 giorni**, come indicato nella *cartella clinica* di dimissioni rilasciata dalla *struttura sanitaria*, 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 della dichiarazione di un medico specialista attestante la necessità di *assistenza* medico-*infermieristica* domiciliare e/o l'impossibilità fisica a compiere, senza l'assistenza di terzi, una o più attività della vita quotidiana, **come lavarsi, alimentarsi, spostarsi, vestirsi.**
Le prestazioni sono attivabili una sola volta all'anno per annualità assicurativa.

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.
Tale prestazione è operativa fino a 3 volte per annualità assicurativa.

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

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 € 500 per *sinistro*, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'*Assicurato* stesso.

Tale prestazione è operativa fino a 3 volte per annualità assicurativa.

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.

Tale prestazione è operativa fino a 3 volte per annualità assicurativa.

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

2.2 COSA NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non eroga le prestazioni 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*, *infortuni* e/o disturbi in atto al momento della decorrenza della *polizza* e noti all'*Assicurato*;**
- **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.

2.3 GESTIONE DEL *SINISTRO*

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

- **telefono, ai numeri**

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-092092	+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 rimborsa prestazioni non disposte direttamente dalla *Centrale Operativa* stessa.

2.3.1 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.

2.3.2 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.

2.3.3 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 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.

3 GARANZIE CASE MANAGEMENT E *TELEMEDICINA*

3.1 COSA ASSICURIAMO

Il Case Management propone un modello di intervento a 360 gradi che attiva una pluralità di professionisti uniti nell'intento di mettere al centro la persona colpita da una situazione di *non autosufficienza* e strutturare gli interventi utili alla sua riabilitazione fisica, psichica e sociale.

La *Telemedicina* consente il monitoraggio dei parametri vitali dell'*Assicurato* a distanza, tramite l'installazione di un apposito kit direttamente presso la sua *residenza*.

Le esclusioni sono indicate negli artt. 1.10 CHI NON ASSICURIAMO e 3.2 COSA NON ASSICURIAMO

In caso di perdita dell'autosufficienza, riconosciuta secondo le modalità previste all'art 3.3.3 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI *NON AUTOSUFFICIENZA* Reale Mutua garantisce le prestazioni elencate nella garanzia First Care, intendendo la *non autosufficienza* accertata come condizione sufficiente per l'erogazione delle prestazioni, entro i *massimali* o limiti temporali previsti dalle stesse. In tal caso saranno applicati gli artt. 3.2 COSA NON ASSICURIAMO e 3.3 GESTIONE DEL *SINISTRO*.
Inoltre Reale Mutua offre le seguenti prestazioni:

CASE MANAGEMENT

A. VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

In questa fase si prendono in considerazione le effettive esigenze dell'*Assicurato* e dei suoi famigliari per mettere in campo un intervento a 360 gradi che li aiuti a fronteggiare le difficoltà che comporta lo stato di *non autosufficienza*.
La valutazione multidisciplinare analizza i bisogni dell'A*ssicurato* dal punto di vista clinico, della riabilitazione fisica, delle capacità psico-cognitive, dell'autonomia personale, della situazione socio sanitaria e economica, della famiglia, assistenziale (prestazioni SSN, enti locali), professionale, della capacità abitativa e della mobilità Essa avviene attraverso:

- l'incarico ad un medico e alla sua equipe medico-fisiatrica esperta nella gestione delle macrolesioni o patologie che abbiano determinato una condizione di *non autosufficienza*;
- l'organizzazione di una visita dell'*Assicurato* presso il domicilio o nel luogo in cui si trova per "fotografare" il caso negli ambiti che riguardano la sua specifica situazione di *non autosufficienza*, che consentirà di formulare una relazione sui suoi bisogni a 360 gradi.

La valutazione è finalizzata allo studio delle soluzioni più adatte per il massimo recupero funzionale dell'*Assicurato* e per sostenere i suoi familiari durante l'intero percorso, offrendo supporto psicologico e materiale. Infatti, sulla base delle esigenze emerse dalla relazione multidisciplinare, verrà elaborato il piano di assistenza personalizzato.

B. TUTOR MEDICO DI *BLUE ASSISTANCE*

Il tutor medico fa parte dell'equipe di medici consulenti di *Blue Assistance* e viene assegnato per la gestione del piano di valutazione e assistenza dell'*Assicurato*.
Figura di riferimento del Case Management, il tutor medico di *Blue Assistance* prende in carico il caso del paziente e:

- fornisce informazioni e orientamento (servizi di consulenza e tutoring);
- verifica la documentazione clinica del paziente;
- attiva e coordina il programma di valutazione multidisciplinare;
- sulla base delle esigenze emerse dalla valutazione multidisciplinare, il tutor medico formula un progetto individuale di recupero psico-fisico da proporre al paziente *Assicurato* e alla famiglia e ne dispone la realizzazione (*piano di assistenza multidisciplinare*).

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

Il progetto contiene le linee guida principali legate all'erogazione di servizi da parte degli enti pubblici italiani con l'integrazione di eventuali prestazioni private.
Il tutor infine coordina e monitora il piano, fa un bilancio dell'andamento e fornisce un resoconto ai familiari.

1. SERVIZI DI CONSULENZA E TUTORING
   La fase di tutoring personalizzato prevede l'assistenza e consulenza da parte del tutor medico di *Blue Assistance* che procederà ad espletare le seguenti attività:
   – un'intervista telefonica e l'acquisizione di tutta la documentazione del caso clinico, un costante monitoraggio telefonico dell'*Assicurato*, tenendosi in contatto con i medici della *struttura sanitaria* qualora questi sia ricoverato, oppure con il medico curante, qualora l'*Assicurato* si trovi a casa, predisponendo un rendiconto ai familiari;
   – consulenza medica telefonica e online (email/video);
   – tutoring sulle *strutture sanitarie* e sul sistema socio-sanitario.
   L'*Assicurato* può accedere al servizio di consulenza e 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 all'evento coperto dalla garanzia, provvede a fornire le indicazioni richieste in materia di:

   1.1 SEGNALAZIONE *STRUTTURE SANITARIE* SPECIALIZZATE
   Il tutor di *Blue Assistance* dell'equipe di medici consulenti 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 48 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*.

   1.2 SISTEMA SOCIO-SANITARIO E ASSISTENZIALE
   Il tutor di *Blue Assistance* supporta l'*Assicurato* e la sua famiglia nel reperimento delle informazioni sulle prestazioni messe a disposizione dal sistema pubblico italiano in materia socio-sanitaria e assistenziale (come ad esempio indennità, esenzioni, tutela della mobilità, etc.). Il tutor fornisce:
   – mappatura delle strutture per la riabilitazione e assistenziali accessibili tramite il Servizio Sanitario Nazionale;
   – reperimento di strutture di alta specializzazione nel mondo;
   – ricerca e prenotazione di prestazioni specialistiche eseguibili dal network sanitario (alta specializzazione in diagnosi o terapia, strumenti e applicazioni diagnostiche e chirurgiche, eccellenze sanitarie per ricerche, studi, metodi...);
   – valutazioni sul piano protesico (consulenza sulle caratteristiche della protesi adatta al singolo caso);
   – valutazione dell'opportunità dei sistemi di domotica e individuazione dei dispositivi più adatti per il singolo caso;
   L'*Assicurato*, o un suo famigliare, che ne fa richiesta viene messo in contatto con l'equipe di medici e tecnici consulenti di *Blue Assistance* per un'intervista telefonica e l'eventuale acquisizione di documenti utili ad approfondire il caso clinico. Compatibilmente con i tempi necessari per la valutazione del caso specifico, il tutor incaricato fornisce all'*Assicurato* i riferimenti degli uffici e delle procedure da seguire per le prestazioni individuate.
   Il servizio è fornito con riferimento alle prestazioni, regole e limiti previsti dalla normativa vigente in materia di assistenza pubblica.
   Resta a carico dell'*Assicurato* l'attivazione degli enti competenti ed il costo per la gestione delle pratiche necessarie.

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

C. *PIANO DI ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE*

La fase di valutazione multidisciplinare consente di elaborare un progetto temporaneo di assistenza personalizzata che comprende una serie di prestazioni di assistenza alla persona, studiate e formulate dal tutor Medico di *Blue Assistance* secondo criteri di utilità e appropriatezza per lo specifico caso di *non autosufficienza* e l'orientamento rispetto alle *visite specialistiche* e agli esami diagnostici più idonei.
Il Piano sarà consegnato all'*Assicurato e* ai suoi familiari che potranno attivarlo, parzialmente o in integralmente, entro i limiti temporali stabiliti dal tutor medico, e in ogni caso entro 180 giorni dalla data di consegna.

D. EROGAZIONE DEL PIANO

Le prestazioni del *piano di assistenza multidisciplinare* garantite dalla presente sezione sono:

1. VALUTAZIONE PSICOLOGICA E PIANO DI SUPPORTO PSICOTERAPEUTICO
   Il supporto psicologico ha lo scopo di soddisfare un'eventuale richiesta di ascolto nei momenti immediatamente successivi all'accertamento dello stato di *non autosufficienza*, che comporti per l'*Assicurato* e per i suoi familiari una situazione di disagio e di stress psicofisico.
   Qualora l'*Assicurato* o un suo familiare necessitino di un supporto psicologico a seguito dell'accertamento dello stato di *non autosufficienza*, prescritto nell'ambito del *piano di assistenza multidisciplinare*, la *Centrale Operativa* organizzerà delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con *Blue Assistance*, personalizzate per il tipo di deficit e in coerenza con il percorso di cure cliniche.
   La prestazione opera entro un numero massimo di 10 sedute per annualità assicurativa.

2. ORIENTAMENTO E COUNSELING PER I FAMILIARI
   Le sedute di orientamento e counseling hanno lo scopo di aiutare i familiari dell'*Assicurato*, che si occuperanno di lui, a superare il disagio successivo all'accertamento della *non autosufficienza*. La *Centrale Operativa*, organizzerà, **se richiesti dall'*Assicurato* o dai suoi familiari**, degli incontri di counseling presso lo studio di un professionista convenzionato con *Blue Assistance*.
   Il supporto del counselor ha l'intento di aiutare i familiari ad adottare una posizione proattiva finalizzata a mettere in moto le migliori risorse personali, ad individuare un percorso di assistenza e a percorrerlo con strategie e strumenti efficaci e funzionali.
   La prestazione opera fino a 10 incontri per annualità assicurativa.

3. SECOND OPINION
   Per attivare la Second Opinion, se prevista dal *piano di assistenza multidisciplinare*, l'*Assicurato* disporrà l'inoltro, a sue spese e cura, di tutta la documentazione (*cartella clinica* o documentazione medica equipollente, esiti di esami diagnostici, referti di *visite specialistiche*, immagini radiografiche o quant'altro necessario), 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, la *struttura sanitaria* (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 sanitaria* prescelta.

   La *struttura sanitaria*, 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. CONSEGNA DOCUMENTI E SUPPORTO PER DISBRIGO PRATICHE
   Qualora la prestazione sia prevista nel *piano di assistenza multidisciplinare* e l'*Assicurato* abbia la necessità di effettuare pagamenti (es. bollette, tasse e imposte), far recapitare, spedire o ritirare certificati, ricevute di pagamento e documenti **che rivestano un oggettivo carattere di urgenza**, la *Centrale Operativa* per un periodo di 90 giorni successivi alla data di consegna del Piano, provvede, tramite un proprio incaricato di fiducia, a supportare l'*Assicurato* nel disbrigo delle suddette pratiche.
   L'*Assicurato*, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione **deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa*** fornendo l'elenco dei pagamenti da effettuare e/o dei documenti da spedire o ritirare, indicando il luogo presso cui recapitarli o prenderli in consegna.
   Il disbrigo pratiche e/o la consegna potranno avvenire - **nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana**, previo accordo con l'*Assicurato* e tenendo conto degli orari d'apertura e chiusura degli uffici. L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.
   Restano a carico dell'*Assicurato* gli importi oggetto del pagamento e i costi di spedizione.

5. RICERCA E PRENOTAZIONE DI CENTRI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE IN EUROPA
   La *Centrale Operativa* assiste l'*Assicurato* e i suoi familiari nel reperimento telefonico e nella prenotazione di un Centro di Alta Specializzazione in Italia e in Europa, qualora il *piano di assistenza multidisciplinare* preveda il *ricovero* o l'effettuazione di terapie riabilitative o di accertamenti diagnostici.
   Il servizio è disponibile dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.

6. TRASFERIMENTO IN *STRUTTURE SANITARIE* SPECIALIZZATE
   Qualora l'*Assicurato* necessiti di essere trasferito presso una *struttura sanitaria* specializzata per essere ricoverato, la *Centrale Operativa* e il tutor medico, **d'intesa con il medico curante**, provvedono a:
   - individuare e prenotare la *struttura sanitaria* specializzata, in Italia o all'estero;
   - 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 sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);
     - aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
     - 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 internazionali, non sia conseguenza diretta di *infortuni* occorsi o di *malattie* diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima dell'effetto dell'assicurazione, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana. La prestazione è fornita nel mondo intero, ad eccezione dei Paesi in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto.

7. ORGANIZZAZIONE VIAGGIO DEL FAMILIARE PER TRASFERIMENTO SANITARIO DEL PAZIENTE
   Qualora l'*Assicurato* debba essere ricoverato in una *struttura sanitaria* al di fuori della sua regione di *residenza* e richieda, d'intesa con il tutor medico, la presenza di un familiare maggiorenne sul posto, la *Centrale Operativa*:
   - mette a disposizione del familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
   - prenota per il familiare un albergo. Il costo relativo alla camera ed alla prima colazione è a carico di Reale Mutua **fino alla concorrenza di € 500,00 per annualità assicurativa.**

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

8. INTERPRETE ALL'ESTERO (PER *RICOVERO* IN STRUTTURE SPECIALIZZATE)
   Qualora l'*Assicurato* debba essere ricoverato all'estero in una *struttura sanitaria*, e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio d'informazioni tra l'*Assicurato* stesso ed i medici che lo hanno in cura, la *Centrale Operativa*, **compatibilmente con le disponibilità locali**, provvede a reperirlo ed inviarlo sul posto.
   La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500,00 per annualità assicurativa.
9. CONSULENZA PER RIADATTAMENTO ABITAZIONE E INTERVENTI ARCHITETTONICI/IMMOBILIARI
   Qualora a seguito della valutazione multidisciplinare, sia accertata l'incompatibilità dell'ambiente abitativo con la condizione di *non autosufficienza* dell'*Assicurato*, su richiesta dell'*Assicurato* la *Centrale Operativa* provvede a reperire un architetto che fornisca una consulenza sui lavori da eseguire per il riadattamento dell'abitazione e per la rimozione delle barriere architettoniche.
   In alternativa, potrà essere fornita all'*Assicurato* una consulenza immobiliare o un aiuto per la ricerca e la permuta di una nuova abitazione, adatta alle condizioni fisiche.
   Resta a carico dell'*Assicurato* il costo della consulenza.
10. SUPPORTO PER ADATTAMENTO VEICOLO
    Qualora a seguito della valutazione multidisciplinare, sia accertata l'incompatibilità del proprio veicolo con la condizione di *non autosufficienza* dell'*Assicurato*, su richiesta dell'*Assicurato*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire le informazioni tecnico-economiche per la scelta di un veicolo adatto alle nuove condizioni fisiche.
    Restano a carico dell'*Assicurato* le spese per l'eventuale adattamento e acquisto.

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

TELEMEDICINA

La garanzia permette di controllare a distanza i parametri vitali dell'*Assicurato*, tramite un kit appositamente fornito dalla *struttura organizzativa*, archiviarli in un'apposita cartella medica sempre disponibile via web e consentire l'accesso a consulti medici in video-conferenza o per via telefonica.

L'*Assicurato*, a seguito di accertamento della condizione di *non autosufficienza*, ha diritto all'attivazione del servizio di *Telemedicina*
La *struttura organizzativa*, accertate le necessità dell'*Assicurato*, predisporrà l'invio allo stesso del kit e delle relative condizioni di utilizzo composto da:
- accesso all'applicazione;
- accesso alla cartella medica online;
- sfigmomanometro (rilevatore della pressione arteriosa);
- saturimetro (misuratore della saturazione del sangue e frequenza cardiaca);
- glucometro (misurazione del tasso di glicemia nel sangue);
- bilancia.

Nel caso in cui l'*Assicurato* non disponga di uno smartphone o di un tablet compatibile con il servizio di *Telemedicina*, la *struttura organizzativa* provvederà alla spedizione dello stesso. **Il servizio di connettività alla rete rimarrà invece in carico all'*Assicurato*.**

A. PRESTAZIONI PREVISTE NEL SERVIZIO DI *TELEMEDICINA*

Il servizio mette a disposizione dell'*Assicurato* le seguenti prestazioni:

1. MISURAZIONE PARAMETRI MEDICI
   Attraverso gli strumenti presenti nel kit, l'*Assicurato* potrà effettuare direttamente le misurazioni dei seguenti parametri medici:
   - pressione arteriosa;
   - ossigenazione del sangue;
   - frequenza cardiaca;
   - glicemia;
   - peso.

   In presenza di una connessione Internet adeguata, le rilevazioni verranno automaticamente trasferite attraverso la piattaforma di telemedicina e registrate nella cartella medica personalizzata dell'*Assicurato*. Su sua richiesta, anche mediante il servizio di videoconferenza, l'equipe medica di consulenti della *struttura organizzativa* le verificherà, attivando, se del caso, gli opportuni interventi.

2. SERVIZIO ALERT PARAMETRI MEDICI
   Al momento dell'attivazione, salvo diversa indicazione medica, il sistema fissa in modo automatico, sulla base degli standard medici, il limite minimo e massimo delle diverse misurazioni. Qualora la misurazione fuoriesca dai limiti stabiliti, il sistema attiverà un "Alert" in *struttura organizzativa* a seguito del quale l'equipe medica di consulenti della *struttura organizzativa* si metterà in contatto con l'*Assicurato* tramite il mezzo più idoneo (cellulare/telefono casa, ecc.) per concordare gli interventi più appropriati. La prestazione è fornita in via illimitata nel periodo di durata del servizio.

3. CONSULTI MEDICI IN VIDEO CONFERENZA
   Attraverso la sezione Assistenza presente nel sistema di *Telemedicina,* in caso di necessità, in presenza di una connessione Internet adeguata al funzionamento del servizio di video-conferenza, l'*Assicurato* potrà effettuare una videochiamata 24 ore su 24 alla *struttura organizzativa* la quale organizzerà l'accesso a sessioni di video-conferenza di consulto medico on-line come precisate di seguito.

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

– Consulti generici con l'equipe medica di consulenti della *struttura organizzativa*. La prestazione viene erogata 24 ore su 24 dall'equipe medica di consulenti della *struttura organizzativa* ed **è fornita per un massimo di 6 volte per la durata del servizio.**

In assenza di una connessione Internet adeguata al funzionamento del servizio di video-conferenza, l'*Assicurato* può accedere alle sessioni di consulto medico sopra specificate via telefono, secondo le modalità condivise con la *struttura organizzativa*.

B. COSTO DELLA PRESTAZIONE

Reale Mutua tiene a proprio carico tutte le spese relative all'organizzazione e alla gestione del servizio di *Telemedicina* attraverso il kit, ad eccezione di quanto di seguito riportato per eventuali penali..

Per quanto non regolamentato nelle presenti condizioni contrattuali, per eventuali penali derivanti da ritardata e/o parziale restituzione del kit e/o del device (smartphone o tablet) eventualmente consegnato all'*Assicurato* o grave danneggiamento degli stessi, si rimanda alle condizioni di utilizzo, consegnate all'*Assicurato* insieme agli stessi.

C. DURATA DEL SERVIZIO DI *TELEMEDICINA*

La prestazione può avere una durata massima di 3 anni dalla data di ricezione del kit. Tutti i servizi verranno disattivati alla data di scadenza. Le modalità per un eventuale proseguimento saranno oggetto di specifico accordo con l'*Assicurato*.

Viene fatta salva la facoltà da parte di Reale Mutua, nell'ipotesi in cui non dovesse più risultare operativo il servizio di *Telemedicina*, di sostituirlo con altro servizio analogo. In tal caso Reale Mutua comunica la variazione al *Contraente* almeno 30 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

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

3.2 COSA NON ASSICURIAMO

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

A. partecipazione dell'*Assicurato* ad attività/delitti dolosi;
B. partecipazione attiva dell'*Assicurato* ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'*Assicurato* non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e l'evento assicurato avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'*Assicurato* si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'*Assicurato* implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
C. eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le conseguenze subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
D. 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;
E. incidente di volo, se l'*Assicurato* viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
F. *malattie*, *malformazioni*, stati patologici, esiti di *infortuni*, lesioni dell'*Assicurato*, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima dell'effetto dell'assicurazione, noti all'*Assicurato*;
G. danni alla propria persona procurati dall'*Assicurato* stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
H. abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
I. infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili;
J. *infortuni* derivanti dalla pratica di:
- **sport aerei in genere;**
- **partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore o natanti;**

K. *infortuni* derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
L. problemi mentali o del sistema nervoso non riconducibili ad una causa organica (schizofrenia, depressione ecc.).

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

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

3.3 GESTIONE DEL *SINISTRO*

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

- **telefono, ai numeri**

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-092092	+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.

3.3.1 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* 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 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;**
- **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.

Reale Mutua può riservarsi di non procedere all'erogazione delle prestazioni assicurate nel caso in cui la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

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

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

3.3.2 CRITERI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'assicurazione è operante purché la perdita dell'autosufficienza sia stata denunciata non oltre tre mesi dalla scadenza del contratto purché la perdita dell'autosufficienza si sia verificata nel corso della durata contrattuale.

3.3.3 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI *NON AUTOSUFFICIENZA*

Reale Mutua si impegna ad effettuare gli accertamenti sul dichiarato stato di *non autosufficienza* entro 180 giorni dalla ricezione 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 in caso di rifiuto da parte dell'*Assicurato*, le prestazioni previste in *polizza* non verranno erogate.
L'accertamento dello stato di *non autosufficienza* implica, per l'*Assicurato* divenuto non autosufficiente, l'annullamento contrattuale e il termine del pagamento dei premi alla scadenza anniversaria.

3.3.4 EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Dopo il riconoscimento da parte di Reale Mutua dello stato di *non autosufficienza*,come indicato all'**art. 3.3.3 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI *NON AUTOSUFFICIENZA***, l'*Assicurato* matura il diritto alle prestazioni indicate all'**art. 3.1 COSA ASSICURIAMO**.
Il diritto alle prestazioni non è trasmissibile agli eredi o aventi causa.

3.3.5 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.

3.3.6 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 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.

4 ACCESSO AL NETWORK

Il servizio consente l'accesso ai network sanitari convenzionati con *Blue Assistance* attraverso un codice di accesso di 16 cifre (PIN) consegnato all'*Assicurato* entro 7 giorni dalla data di decorrenza della *polizza* e prevede la possibilità, per l'iscritto e per il suo *nucleo familiare*, di accedere a 3 tipologie di network sanitari, ottenendo delle prestazioni a tariffe agevolate. Inoltre garantisce l'accesso al tool "check-up", che consiglia, in base ad una profilazione effettuata per età e sesso, gli esami da eseguire per una corretta prevenzione.
Al fine di poter usufruire di tale servizio è necessario che l'*Assicurato* rilasci in fase di emissione il proprio indirizzo e-mail.

4.1 OGGETTO

Con l'acquisto della *polizza* e finché la stessa è in vigore Reale Mutua offre all'*Assicurato* la possibilità di effettuare, a tariffa agevolata, le seguenti prestazioni di cui abbia necessità:
- prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue;
- prestazioni mediche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue;
- prestazioni fisioterapiche rese dal network di fisioterapisti convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue.

4.2 DIRITTI DELL'*ASSICURATO*

L'*Assicurato* ha diritto di usufruire gratuitamente delle tariffe agevolate per le prestazioni odontoiatriche, le prestazioni mediche e le prestazioni fisioterapiche rese dal network di *Blue Assistance*.

Resta inteso che:
- le prestazioni dei medici/medici dentisti/fisioterapisti convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti soggetti, che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
- **i corrispettivi relativi alle prestazioni dei medici/medici dentisti/fisioterapisti convenzionati saranno a carico dell'*Assicurato* che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi;**
- le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei medici/medici dentisti/fisioterapisti convenzionati saranno fornite direttamente dagli stessi, a cui l'*Assicurato* si è rivolto.

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
5. Deficit Cognitivo	Assenza di diagnosi di malattia organica progressiva del cervello	Un medico specialista adeguatamente qualificato (ad esempio: neurologo e/o geriatra) **ha diagnosticato** all'*Assicurato* una malattia 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 malattia 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 malattia organica progressiva del cervello chiaramente identificata e diagnosticata

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

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

BUONGIORNO REALE

800-320320

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

buongiornoreale@realemutua.it

IL TUO AGENTE REALE

Mod. 5008/FI ASS - Ed. 04/2017

REALE MUTUA

REALE GROUP

TOGETHERMORE

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 e N. Partita IVA 00875360018 - 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.

MISTO
Carta da fonti gestite in maniera responsabile
FSC® XXXXXX

Il presente documento è stampato su carta certificata FSC®. Il marchio FSC® identifica i prodotti contenenti legno proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.