

Salute! Extra

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELL'INTEGRITÀ FISICA.

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.

Welfare all'Italiana

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

SALUTE! - EXTRA

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Modello MAL50041 – Ed. 11/2016

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente Fascicolo Informativo modello MAL50041/FI, contenente le Condizioni Contrattuali e la nota informativa comprensiva del glossario, e dalla scheda di polizza modello MAL50020 riportante le somme assicurate.
Con la firma della scheda di polizza modello MAL50020 il Contraente approva le Condizioni Contrattuali previste nel presente Fascicolo Informativo modello MAL50041/FI.

ITALIANA ASSICURAZIONI

INTRODUZIONE pag. 6

DEFINIZIONI pag. 8

1 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE pag. 11
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO pag. 11
1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE pag. 11
1.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE pag. 11
1.4 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE pag. 11
1.5 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETA' pag. 11
1.6 TERMINI DI RINUNCIA ALLA RIVALSA pag. 12
1.7 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE pag. 12
1.8 FORO COMPETENTE pag. 12
1.9 ONERI FISCALI pag. 12
1.10 ALTRE ASSICURAZIONI pag. 12
1.11 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE pag. 12
1.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE pag. 12
1.13 CHI NON ASSICURIAMO pag. 13
1.14 MODALITÀ DI ACCESSO ALLO SCONTO SALUTE pag. 13
1.15 LIMITI DI ETÀ pag. 13
1.16 SOSTITUZIONE DI POLIZZA pag. 13

FORMULA EXTRA pag. 15

SEZIONE "TI AFFIANCO" pag. 16

2 COSA ASSICURIAMO pag. 16

AREA PRE E POST RICOVERO pag. 16
2.1 RIMBORSO SPESE PRE E POST RICOVERO pag. 16

AREA EXTRARICOVERO pag. 17
2.2 ALTA DIAGNOSTICA pag. 17
2.3 DIAGNOSTICA COMPLETA pag. 17
2.4 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI pag. 18

AREA INDENNITARIA pag. 18
2.5 INDENNITÀ PER RICOVERO pag. 18
2.6 DIARIA POST RICOVERO pag. 19

AREA NON ASSICURATIVA pag. 19
2.7 ACCESSO AL NETWORK pag. 19
2.8 OBIETTIVO PREVENZIONE pag. 20

3 ESCLUSIONI pag. 21
3.1 COSA NON ASSICURIAMO pag. 21
3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE pag. 22

4 GESTIONE DEL SINISTRO pag. 23
4.1 DATA DEL SINISTRO pag. 23
4.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE pag. 23
4.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 23
4.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA PRE E POST RICOVERO pag. 23
4.5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA EXTRARICOVERO pag. 24
4.6 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA INDENNITARIA pag. 25

SEZIONE TI ASSISTO pag. 26

5 COSA ASSICURIAMO pag. 26
5.1 CON TE IN SALUTE pag. 26
5.2 CON TE A CASA pag. 28
5.3 CON TE IN FAMIGLIA pag. 31

6 ESCLUSIONI pag. 35
6.1 COSA NON ASSICURIAMO pag. 35

7 GESTIONE DEL SINISTRO pag. 36
7.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 36
7.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI pag. 36
7.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE pag. 36

FORMULA TARGET pag. 37

SEZIONE KIDS pag. 38

8 COSA ASSICURIAMO pag. 38
8.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO pag. 38
8.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI pag. 39
8.3 ASSISTENZA KIDS pag. 39
8.4 ACCESSO AL NETWORK pag. 41

9 OPERATIVITÀ pag. 43

10 ESCLUSIONI pag. 44

11 GESTIONE DEL SINISTRO pag. 45
11.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 45
11.2 DATA DEL SINISTRO pag. 45
11.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO pag. 45
11.4 ASSISTENZA KIDS - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 46

11.5 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI pag. 46
11.6 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE pag. 46

SEZIONE DENTAL pag. 47

12 COSA ASSICURIAMO pag. 47
12.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI pag. 47
12.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO pag. 47
12.3 ACCESSO AL NETWORK pag. 47

13 OPERATIVITÀ pag. 49

14 ESCLUSIONI pag. 50

15 GESTIONE DEL SINISTRO pag. 51
15.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 51
15.2 DATA DEL SINISTRO pag. 52
15.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO pag. 52

SEZIONE FISIO pag. 53

16 COSA ASSICURIAMO pag. 53
16.1 INDENNITÀ PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO pag. 53
16.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE pag. 53
16.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE pag. 53
16.4 ACCESSO AL NETWORK pag. 54

17 OPERATIVITÀ pag. 55

18 ESCLUSIONI pag. 56

19 GESTIONE DEL SINISTRO pag. 57
19.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 57
19.2 DATA DEL SINISTRO pag. 57
19.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO pag. 57

APPENDICE 1 - TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETA' pag. 58

APPENDICE 2 - ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE pag. 60

APPENDICE 3 - ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA pag. 64

INTRODUZIONE

Salute! è un prodotto Rimborso Spese Sanitarie, modulare e personalizzabile che contiene garanzie assicurative per tutelarsi dai rischi relativi ad eventi di malattia o infortunio che possono compromettere la salute e l'integrità fisica delle persone.
Il presente fascicolo informativo si compone di due diverse Formule:
- Extra
- Target

È prevista la possibilità, in fase di sottoscrizione di aderire all'iniziativa "Wellness all'Italiana". Tale iniziativa promuove il benessere della persona, ponendo la massima attenzione all'alimentazione e all'attività fisica moderata e costante. L'attività fisica contribuisce al benessere generale e permette un maggior controllo della propria salute contribuendo a migliorarla.
"Wellness all'Italiana" è un'iniziativa dedicata a tutti coloro che conducono uno stile di vita orientato al benessere, premiando chi lo persegue in maniera attiva e dinamica.
Partecipando all'iniziativa l'Assicurando che risulterà in buono stato di salute otterrà uno sconto sul premio di polizza; per maggiori dettagli si veda a riguardo l'art. 1.14 delle Condizioni Contrattuali.
Inoltre, l'Assicurato che dimostrerà di essere fisicamente attivo nel corso della durata contrattuale, avrà diritto ad una diminuzione di premio per le annualità di polizza successive alla prima **(ad eccezione della Sezione Kids e della Sezione Dental della Formula Target)**.
Tutto ciò è possibile grazie all'utilizzo di tecnologie mirate alla misurazione del movimento e di una piattaforma interattiva fruibile attraverso l'adesione all'iniziativa "Wellness all'Italiana".
Per maggiori dettagli sull'iscrizione e sulla descrizione dell'iniziativa "Wellness all'Italiana", rivolgersi in Agenzia o consultare il sito web www.italiana.it.

Il Fascicolo Informativo è costituito dalla Nota Informativa, comprensiva del Glossario, e dalle Condizioni Contrattuali. Queste ultime sono suddivise in norme che regolano l'assicurazione in generale e Formule, a loro volta composte di Sezioni, Aree e Garanzie.
Si specifica che saranno operanti esclusivamente le formule, le sezioni, le aree e le garanzie esplicitamente richiamate nella sheda di polizza.

FORMULA EXTRA

La SEZIONE "TI AFFIANCO" contiene garanzie che offrono un supporto per le spese mediche precedenti e successive a ricovero o intervento chirurgico. Tale Sezione contiene, inoltre, servizi utili all'assicurato per accedere alla rete di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e per individuare un set di esami da effettuare in ottica di prevenzione.

Questa Sezione si compone delle seguenti aree e garanzie:
- Area pre e post ricovero
  - Rimborso spese pre e post ricovero (obbligatoria)
- Area extraricovero
  - Alta diagnostica (opzionale)
  - Diagnostica completa (opzionale)
  - Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (opzionale)
- Area indennitaria
  - Indennità per ricovero (opzionale)
  - Diaria post ricovero (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Indennità per Ricovero)
- Area non assicurativa
  - Accesso al Network (obbligatoria)
  - Obiettivo Prevenzione (obbligatoria)

Nell'Area extraricovero, le garanzie Alta diagnostica, Diagnostica completa, Visite specialistiche e accertamenti diagnostici, sono alternative fra di loro.

La SEZIONE "TI ASSISTO" offre un ventaglio di servizi e prestazioni per far fronte ad emergenze di natura sanitaria.

Questa Sezione si compone delle garanzie:
- Con te in salute (obbligatoria)
- Con te a casa (obbligatoria)
- Con te in famiglia (opzionale)

FORMULA TARGET

La SEZIONE KIDS si compone delle seguenti garanzie obbligatorie:
- Rimborso spese mediche a seguito di infortunio
- Indennità abbonamenti non goduti
- Assistenza Kids
- Accesso al network

La SEZIONE DENTAL si compone delle seguenti garanzie obbligatorie:
- Rimborso spese per visita odontoiatrica e detartrasi
- Rimborso spese odontoiatriche a seguito di infortunio
- Accesso al network

La SEZIONE FISIO si compone delle seguenti garanzie obbligatorie:
- Indennità per intervento chirurgico a seguito di infortunio
- Indennità per immobilizzazione
- Rimborso spese per riabilitazione
- Accesso al network

DEFINIZIONI

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

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

ASSICURATO
La persona protetta dall'assicurazione

ASSISTENZA INFERMIERISTICA
Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE
Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto della Società, alla liquidazione dei sinistri ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le strutture sanitarie che ha selezionato in Italia e all'estero.

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

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

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

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

CONTRAENTE
La persona che stipula il contratto con la Società.

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

DIRETTA BLUEASY
Strumento per la gestione dei sinistri dell'Area Extraricovero che permette agli Assicurati di fruire del pagamento diretto del sinistro senza dover contattare la Centrale Operativa di Blue Assistance.
Tramite questa dispositiva il cliente si interfaccia direttamente con la struttura sanitaria convenzionata ove intende ricevere la prestazione e, in maniera automatica, viene riconosciuto dal centro come cliente di Italiana Assicurazioni. Tale servizio prevede un processo di comunicazione via e-mail e/o SMS al cliente per la conferma che la prestazione è in copertura. **Tale servizio è disponibile solo nelle strutture sanitarie abilitate a questa tipologia di accesso.**

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

GRAVE PATOLOGIA
Le patologie indicate all'Appendice 2.

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

INDENNIZZO
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

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

INTERVENTO CHIRURGICO
Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Sono considerati interventi chirurgici anche la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.
Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:
- **le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo (salvo le endoscopie sopra descritte);**
- **le iniezioni.**

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

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

MASSIMALE
La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e per persona, la Società presta la garanzia.

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

PRESTAZIONI SANITARIE (DEFINIZIONE VALIDA SOLO PER LA FORMULA TARGET)
Accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure mediche, materiali e strumenti di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un intervento chirurgico; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici, si ritengono comunque escluse le spese per i certificati. Non sono compresi farmaci e specialità medicinali.

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.

SCHEDA 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.

SERVIZIO WWW.MYNET.BLUE
Il servizio www.mynet.blue consente all'Assicurato di accedere a tariffe scontate presso le strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance. Tale servizio sarà fruibile grazie ad un codice di accesso di 16 cifre (PIN). Per fruire del servizio occorrerà connettersi al sito www.mynet.blue ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

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

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.

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI
Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con Blue assistance, presso i quali l'Assicurato – previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di Blue assistance - può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi chirurgici e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute.
L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.italiana.it.
Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assicurato ottenga conferma, contattando Blue Assistance, dell'effettiva esistenza dell'accordo.

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

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

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

1 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

1.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

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

1.4 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

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

si conviene che il premio di polizza sarà adeguato ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "Nuovo Indice" e "Indice Base", identificato sulla quietanza anniversaria di pagamento del premio con il termine "Coefficiente di adeguamento".
Viene fatta salva la facoltà da parte della Società, nell'ipotesi in cui non dovesse risultare più operativo l'Indice Spese Mediche, di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento del valore iniziale del premio.
In tal caso la Società comunica la variazione al Contraente, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

1.5 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETA'

Il premio delle garanzie delle Sezioni "Ti Affianco", è incrementato ad ogni annualità successiva alla stipula, in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, sulla base delle percentuali indicate nelle tabelle riportate nell'Appendice 1 di cui al presente fascicolo informativo.
All'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione, ai sensi del precedente art. 1.4.

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

1.6 TERMINI DI RINUNCIA ALLA RIVALSA

Relativamente alla Formula Target, la Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

1.7 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

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

a) mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle Parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le Parti;

b) mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista alla lettera a) del presente articolo, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

1.8 FORO COMPETENTE

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

1.9 ONERI FISCALI

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

1.10 ALTRE ASSICURAZIONI

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

1.11 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.12 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.

1.13 CHI NON ASSICURIAMO

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

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

1.14 MODALITÀ DI ACCESSO ALLO SCONTO SALUTE

Relativamente alle sole garanzie dell'Area Pre e post ricovero e dell'Area Indennitaria della formula Extra della Sezione "Ti Affianco", la Società applica uno sconto del 10% del premio netto annuo, qualora l'Assicurato sia maggiorenne e rientri nei seguenti parametri attestanti il buono stato di salute:

a) Indice di Massa Corporea compreso tra 19 e 27;
b) Pressione arteriosa minima compresa tra 60 e 85 mm/hg;
c) Pressione arteriosa massima compresa tra 90 e 130 mm/hg;
d) Colesterolo inferiore a 250 mg/dl;

I parametri di cui alle lettere b), c), d) si intendono validi nel caso in cui l'Assicurando non assuma abitualmente farmaci per il controllo della colesterolemia e della pressione arteriosa.

Gli accertamenti richiesti ai punti a), b), c), d) devono risultare da esami medici effettuati in data non antecedente i 3 mesi precedenti la decorrenza del contratto e possono generalmente essere svolti presso farmacie, senza la necessità di rivolgersi a strutture sanitarie.

L'Assicurando deve certificare che gli esami medici siano relativi alla sua persona e che siano stati effettuati entro il limite temporale indicato sopra (3 mesi precedenti la decorrenza del contratto).

Tale sconto verrà mantenuto per tutta la durata contrattuale **e comunque non oltre il settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato.**

1.15 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni, fermo restando un limite di età alla stipula dell'assicurazione di 74 anni. Le persone che raggiungono i 75 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Esclusivamente per la Sezione Kids della Formula Target l'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 18 anni.

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

1.16 SOSTITUZIONE DI POLIZZA

Esclusivamente per la Formula Extra qualora la polizza sia sostituita, senza soluzione di continuità, da copertura analoga presso la Società, per lo stesso rischio, relativamente agli stessi Assicurati, si conviene che la Società estende la copertura dell'assicurazione mantenendo le stesse condizioni della polizza sostituita, alle prestazioni sanitarie conseguenti a malattia o infortunio occorsi durante la validità della polizza sostituita **purché effettuate entro 30 giorni dalla decorrenza della nuova polizza.**

Resta convenuto che le predette prestazioni sanitarie devono essere conseguenti a malattia diagnosticata o infortunio occorso durante la validità della polizza sostituita, **semprechè non fossero già escluse dalla polizza stessa.**

FORMULA “EXTRA”

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

SEZIONE "TI AFFIANCO"

2 COSA ASSICURIAMO

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

AREA PRE E POST RICOVERO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

2.1 RIMBORSO SPESE PRE E POST RICOVERO

2.1.1 **OGGETTO**

La Società paga le spese sostenute dall'Assicurato nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi a ricovero o intervento chirurgico reso necessario da infortunio o malattia, per le prestazioni di seguito elencate, con le modalità previste all'art. 2.1.2 OPERATIVITÀ:

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

purchè le prestazioni suindicate siano inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico.

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

In caso di ricovero in regime di S.S.N., reso necessario da infortunio o malattia o parto, naturale o cesareo, la Società paga, con le modalità previste all'art. 2.1.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute dall'Assicurato per usufruire del maggior comfort alberghiero, ovvero della degenza che comporti l'utilizzo della camera in regime solventi, **con il massimo di euro 1.500 per il ricovero reso necessario da parto.**

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

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

2.1.2 **OPERATIVITÀ**

A. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico reso necessario da infortunio o malattia, di cui all'art. 2.1.1 OGGETTO, sono rimborsate:

1) integralmente se effettuate in strutture sanitarie convenzionate, previa prenotazione tramite servizio www.mynet.blue o presentazione della propria Card Salute al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria;
2) integralmente in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale;

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

3) con l'applicazione di uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a euro 35 per sinistro, se effettuate in strutture sanitarie non convenzionate o in strutture convenzionate senza preventiva prenotazione tramite servizio www.mynet.blue o in mancanza di presentazione della propria Card Salute al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria.

B. MASSIMALE
La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di euro 5.000 per persona e per anno assicurativo.

AREA EXTRARICOVERO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 2.2 ALTA DIAGNOSTICA, 2.3 DIAGNOSTICA COMPLETA, 2.4 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI sono alternative fra di loro.

2.2 ALTA DIAGNOSTICA

2.2.1 OGGETTO

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.2.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie acquistate:

1) Angiografia;
2) RMN (risonanza magnetica nucleare);
3) Scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche;
4) TAC (Tomografia assiale computerizzata).

2.2.2 OPERATIVITÀ

A. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
Per ogni accertamento diagnostico di cui sopra, **la garanzia opera:**

1) in caso di utilizzo di una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance **con una franchigia di euro 50**;
2) in caso di utilizzo di una struttura sanitaria non convenzionata con Blue Assistance **con uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a euro 50**.

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

B. MASSIMALE
La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di euro 3.000 per persona e per anno assicurativo.

2.3 DIAGNOSTICA COMPLETA

2.3.1 OGGETTO

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

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

2.3.2 **OPERATIVITÀ**

A. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni serie di accertamenti diagnostici previsti da un'unica prescrizione medica, **la garanzia opera:**

1) in caso di utilizzo di una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance **con una franchigia di euro 35**;
2) in caso di utilizzo di una struttura sanitaria non convenzionata con Blue Assistance **con uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a euro 35**.

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

B. MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di euro 4.000 per persona e per anno assicurativo.

2.4 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

2.4.1 **OGGETTO**

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico la Società paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.4.2 OPERATIVITÀ,** le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'Assicurato per:

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

2.4.2 **OPERATIVITÀ**

A. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

1) in caso di utilizzo di una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance **con una franchigia di euro 35**;
2) in caso di utilizzo di una struttura sanitaria non convenzionata con Blue Assistance **con uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a euro 35**.

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

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

B. MASSIMALE

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

AREA INDENNITARIA

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

2.5 INDENNITÀ PER RICOVERO

2.5.1 **OGGETTO**

La Società corrisponde all'Assicurato, per ogni sinistro:

1) l'indennizzo indicato in scheda di polizza, in caso di ricovero **con almeno un pernottamento** reso necessario da infortunio o malattia diversi da grave patologia;

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

2) **il 30% dell'indennizzo indicato in scheda di polizza in caso di day hospital, day surgery e intervento ambulatoriale** resi necessari da infortunio o malattia diversi da grave patologia;
3) tre volte l'indennizzo indicato in scheda di polizza in caso di ricovero o intervento chirurgico resi necessari da grave patologia.

In caso di ricovero per parto, naturale o cesareo, la Società corrisponde un indennizzo forfettario di euro 750.
Il massimale per persona e per anno assicurativo è pari a tre volte l'indennizzo indicato in scheda di polizza.
Si specifica che per ogni serie di day hospital comprovata da unica cartella clinica l'indennità per ricovero viene corrisposto una sola volta.

2.6 DIARIA POST RICOVERO

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alla garanzia di cui all'art. 2.5 INDENNITÀ PER RICOVERO.

2.6.1 OGGETTO

In caso di ricovero **con almeno un pernottamento** reso necessario da infortunio, malattia, donazione organi o parto, naturale o cesareo, la Società corrisponde all'Assicurato la diaria indicata nella scheda di polizza per un numero di pernottamenti pari a tre volte quelli trascorsi in regime di ricovero, **con il massimo di 20 pernottamenti in regime di ricovero per sinistro.**
Si specifica che la diaria non verrà corrisposta in caso di intervento ambulatoriale e/o day hospital/ day surgery.

AREA NON ASSICURATIVA

I servizi non assicurativi saranno fruibili grazie ad un codice di accesso di 16 cifre (PIN) consegnato all'Assicurato entro 7 giorni dalla data di decorrenza della polizza.
Per fruire dei servizi occorrerà connettersi al sito www.mynet.blue ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

2.7 ACCESSO AL NETWORK

2.7.1 OGGETTO

Con l'acquisto della polizza e finché la stessa è in vigore la Società offre all'Assicurato la possibilità di effettuare, a tariffa agevolata, le seguenti prestazioni di cui abbia necessità:
1) prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue. Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche sono consultabili tramite il sito stesso;
2) prestazioni mediche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue;
3) prestazioni fisioterapiche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue.

2.7.2 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:
a) le prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti Soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
b) **i corrispettivi relativi alle prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno a carico dell'Assicurato che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi**;

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

c) le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei medici/medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dagli stessi, a cui l'Assicurato si è rivolto.

2.8 OBIETTIVO PREVENZIONE

2.8.1 OGGETTO

Con l'acquisto della polizza e finché la stessa è in vigore la Società offre all'Assicurato la possibilità di utilizzare il servizio non assicurativo denominato "Obiettivo prevenzione".Tale servizio permette di individuare, in base ad età e sesso, quali siano gli esami diagnostici da effettuare per una corretta prevenzione e quali siano i centri convenzionati presso cui poter effettuare le prestazioni così individuate

2.8.2 DIRITTI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ha diritto ad usufruire gratuitamente del servizio "Obiettivo prevenzione" per individuare gli esami diagnostici di prevenzione profilati secondo età e sesso.
Resta inteso che le informazioni relative ai protocolli di prevenzione sono indicative ed è sempre necessario consultarsi con un medico per verificare la coerenza delle prestazioni con il proprio stato di salute, nonché per ottenere eventuali prescrizioni.
Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami diagnostici e di prevenzione che lo stesso intende effettuare.

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

3 ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni non operano per i servizi non assicurativi di cui agli artt. 2.7 ACCESSO AL NETWORK e 2.8 OBIETTIVO PREVENZIONE

3.1 COSA NON ASSICURIAMO

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

a) infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;

b) infortuni derivanti da guida di veicoli in stato di ebbrezza o ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285;

c) infortuni o malattie determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;

d) conseguenze di:
- **infortuni occorsi,**
- **malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio),**

prima dell'effetto dell'assicurazione;

e) malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione;

f) patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;

g) prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da infortunio**, quest'ultimo purchè comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche;**

h) check-up di medicina preventiva;

i) interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);

j) paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;

k) aborto volontario non terapeutico;

l) infertilità, sterilità, impotenza;

m) sieropositività da virus H.I.V.;

n) conseguenze di:
- **atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **partecipazione ad imprese di carattere eccezionale** (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche,** salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche**;**
- **guerre, insurrezioni in genere;**
- **movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano;**

o) ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi).

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

3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

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

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

b) del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto (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);

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

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

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

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

4 GESTIONE DEL SINISTRO

PREMESSA

Blue Assistance

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

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-042042	+39 011 742 55 99

4.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all' art. 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del sinistro" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di sinistro.
La Società, **nei limiti del massimale annuo**, paga le spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro e **comunque non oltre un anno dalla scadenza della polizza.**
Qualora la polizza sia sostituita da copertura analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico della Società.

4.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

Il Contraente e l'Assicurato riconoscono espressamente che Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.
Blue Assistance è comunque a completa disposizione del Contraente e dell'Assicurato per qualsiasi informazione inerente alla prestazione dei servizi.

4.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

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

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'Assicurato deve dare avviso del sinistro a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.
L'Assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance delega la Società a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla polizza.
Qualora il sinistro risultasse non indennizzabile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto dalla Società.

4.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA PRE E POST RICOVERO

A UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

In caso di ricorso ad una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance, quest'ultima provvede al rimborso integrale delle spese sostenute dall'Assicurato.
La possibilità di accedere all'utilizzo di strutture sanitarie è condizionata alle seguenti modalità:
a) preventiva prenotazione della struttura sanitaria convenzionata tramite servizio www.mynet.blue, o in alternativa

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

b) presentazione della propria Card Salute al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria, e compilazione della "Richiesta di prestazione" che costituisce la denuncia del sinistro;

in mancanza delle quali, le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B.

L'Assicurato deve:

c) 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;

d) 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;

e) provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali delle fatture , fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti ad avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006);

f) verificare che in fattura sia riportata la dicitura che confermi l'applicazione della tariffa convenzionata.

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

B UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

L'Assicurato che utilizzi:

a) strutture sanitarie non convenzionate;

b) strutture sanitarie convenzionate senza prenotazione tramite servizio www.mynet.blue o in mancanza di presentazione della propria Card Salute,

deve:

c) 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;

d) 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;

e) provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali delle fatture , fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti ad avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006).

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

C UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, Blue Assistance, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'Assicurato.

4.5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA EXTRARICOVERO

A UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

In caso di ricorso ad una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance, per usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute, l'Assicurato deve:

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

oppure

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

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

In mancanza di una delle due modalità sopra descritte, le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B del presente articolo.

L'elenco delle strutture sanitarie è consultabile sul sito www.italiana.it. **Poiché la rete delle strutture sanitarie è soggetta ad evoluzioni, al momento della scelta della struttura è necessario che l'Assicurato proceda alla verifica dell'effettiva esistenza dell'accordo contattando Blue Assistance al numero verde 800 042042 e ne ottenga conferma.**

Il personale di Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati:

1) **dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie,** garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
2) 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

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

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

Resta convenuto che:

a) l'eventuale differenza tra l'indennizzo liquidato da Blue Assistance e il costo totale della prestazione, così come eventuali scoperti o franchigie, devono essere pagati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria;

b) nel caso in cui Blue Assistance non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da Blue Assistance.

B UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

L'Assicurato che utilizzi:

a) strutture sanitarie non convenzionate, oppure
b) strutture sanitarie convenzionate senza preventivo accordo con Blue Assistance,

provvede direttamente al pagamento delle spese sostenute e per ottenere il rimborso deve:

- **fornire la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio, la diagnosi accertata in caso di visita specialistica o gli esiti degli accertamenti diagnostici;**
- **presentare a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati,** che saranno poi restituiti con indicazione dell'avvenuta liquidazione.

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

4.6 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA INDENNITARIA

L'Assicurato, per ottenere l'indennizzo, deve:

a) 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;

b) 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.

Blue Assistance – verificata l'operatività della garanzia – e determinato l'indennizzo dovuto, procede al pagamento entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, **con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.**

Le spese per i certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta restano a carico dell'Assicurato.

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

SEZIONE TI ASSISTO

5 COSA ASSICURIAMO

La Società presta le garanzie indicate solo se esplicitamente richiamate in scheda di polizza.
Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO e 6.1 COSA NON ASSICURIAMO.

5.1 CON TE IN SALUTE

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

A. INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

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

1 CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di infortunio o malattia, sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologia, eventuali controindicazioni e sul reperimento delle farmacie di turno. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.**
Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

2 PRENOTAZIONE VISITE ED ESAMI

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, **dietro prescrizione medica**, la Centrale Operativa provvederà a prenotare le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate.
La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.
Resta a carico dell'Assicurato il costo delle visite mediche e/o degli esami.

3 TUTORING ECCELLENZE SANITARIE

L'Assicurato può accedere al servizio di Tutoring contattando la Centrale Operativa **dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.**
Il Tutor di Blue Assistance, in riferimento alla patologia o all'infortunio coperti dalla polizza, provvede a fornire le indicazioni richieste in materia di eccellenze sanitarie.
Il Tutor di Blue Assistance dell'Equipe Medica della Centrale Operativa, grazie ad un'intervista telefonica e all'eventuale acquisizione di documenti clinici, approfondisce il caso medico dell'Assicurato. Dopo la fase di valutazione personalizzata, della durata massima di 24 ore, il Tutor ricontatta l'Assicurato o la sua famiglia fornendo indicazioni sulle strutture sanitarie più idonee al caso e che risultano specializzate e all'avanguardia nello studio e nella cura medico-terapeutica.
Restano a carico dell'Assicurato i costi di accesso alle strutture sanitarie di eccellenza.

B. PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 INVIO DI UN INFERMIERE

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

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

2 CONSEGNA FARMACI
Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, **che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica**, la Centrale Operativa **per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento**, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.
L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, **purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia**, nonché gli estremi per il recapito. **La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali.** L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Società.
A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

C. GESTIONE DELLE URGENZE
La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'Assicurato o un suo familiare, se Assicurato. Ad esempio il trasferimento dell'Assicurato in una struttura sanitaria specializzata, dopo un'accurata scelta di tempi e modi, a seconda della gravità dello stato della persona.
E' importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

1 INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA
Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria residenza **nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24**, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario,** provvede ad inviare un medico presso la residenza.
Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo nella più vicina struttura sanitaria mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

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

3 TRASFERIMENTO IN STRUTTURE SANITARIE SPECIALIZZATE
Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria specializzata, anche al di fuori della regione di residenza, per essere ricoverato a seguito di infortunio o malattia, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario,** provvede a:
1) individuare e prenotare la struttura sanitaria specializzata in Italia;
2) organizzare i contatti medici con la struttura sanitaria;
3) trasferire l'Assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
   – aereo di linea classe economica;
   – treno prima classe;
   – autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;

tenendone il costo a carico della Società.
La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie.

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

D. PARERE MEDICO COMPLEMENTARE

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

1 SECOND OPINION

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

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

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

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

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

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

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

La struttura, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formulerà una risposta scritta di seconda opinione medica che verrà inviata all'Assicurato, unitamente alla documentazione medica originale da questi precedentemente prodotta, per il tramite della Centrale Operativa di Blue Assistance.

La presente garanzia è fornita dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

5.2 CON TE A CASA

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

A. INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

I servizi informativi, le consulenze e il tutoring telefonico hanno l'utilità di orientare l'Assicurato verso la soluzione di maggiore pertinenza, in relazione al caso specifico, senza però voler fornire diagnosi o prescrizioni mediche. Un esempio è il monitoraggio a lungo termine a seguito di dimissioni post-ricovero.

1 TUTORING MEDICO TELEFONICO PERSONALIZZATO

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

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

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

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

2 CONSULENZA PER RIADATTAMENTO ABITAZIONE

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

Resta a carico dell'Assicurato il costo della consulenza.

B. PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

Le prestazioni complementari, erogate anche a domicilio e dette "di conforto", facilitano la gestione della vita quotidiana all'Assicurato impossibilitato a muoversi in autonomia, ad esempio l'accompagnamento di una persona sola e sprovvista di mezzo proprio ad un esame diagnostico.

1 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

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

2 INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

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

3 CONSEGNA SPESA

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

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 della Società.

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

4 SUPPORTO PSICOLOGICO

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

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

- a seguito di traumi e/o lesioni causati da infortunio o incidente stradale, risultanti dal referto del pronto soccorso pubblico;
- a seguito di malattia che abbia reso necessario un ricovero presso una struttura sanitaria

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

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

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

C. GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'Assicurato o un suo familiare, se Assicurato. Ad esempio l'invio di un operatore sociosanitario che supporti l'Assicurato nello svolgimento delle attività primarie, come l'alimentazione e la comunicazione, alleviando il disagio dell'intero nucleo familiare.

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

1 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

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

a) un medico o un infermiere **fino a 3 volte a settimana per un massimo di 20 uscite** presso la residenza;
b) 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;
c) una collaboratrice domestica, usufruendone per almeno 4 ore al giorno, **per un massimo di 6 settimane** presso la residenza, per lo svolgimento di attività quali riordino e pulizia dell'abitazione, acquisto di farmaci e spesa, pagamenti e incombenze amministrative.

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

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

2 PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI

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

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

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

3 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

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

a) stampelle;
b) sedia a rotelle;
c) letto ortopedico;
d) materasso antidecubito

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

la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, **sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro**, tenendo il costo a carico della Società.
Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la Società provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di euro 300 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'Assicurato stesso.

4 EFFETTUAZIONE DI RADIOGRAFIE ED ECOGRAFIE
Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza **per gravi motivi di salute certificati dal medico curante** e sia richiesta l'effettuazione presso la sua residenza di una radiografia e/o di una ecografia, la Centrale Operativa, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede ad organizzare l'effettuazione dell'esame diagnostico e la successiva consegna del referto all'Assicurato stesso.
Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura o autoambulanza.
Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

5.3 CON TE IN FAMIGLIA

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

A. PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA
Qualora nei 60 giorni precedenti il parto, l'Assicurata **necessiti di una permanenza a letto, come certificato da prescrizione medica**, la Centrale Operativa - **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico della Società **fino a un massimo di 12 ore.**
Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurata in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, **per un arco temporale massimo di un mese**.
Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurata **deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.**

2 ASSISTENZA OSTETRICA PRE E POST-PARTO
Qualora l'Assicurata necessiti dell'assistenza domiciliare di un'ostetrica, **in prossimità del parto o subito dopo, a seguito di dimissioni dalla struttura sanitaria**, la Centrale Operativa, **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede ad inviare un'ostetrica presso la residenza dell'Assicurata.
Le prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurata in moduli di 3 o 5 giorni e con cadenza pianificata.
Durante ogni visita l'ostetrica:
1) verifica lo stato di benessere della mamma e/o del neonato;
2) verifica che il puerperio proceda fisiologicamente.
3) sostiene la mamma nell'accudimento del neonato;
4) si occupa dell'allattamento ed aiuta mamma e bimbo in caso di difficoltà;
5) effettua al neonato, se non già praticato in ospedale, il prelievo per lo screening delle malattie endocrine e metaboliche, che sarà inviato ad un laboratorio accreditato con il S.S.N. (solo nel modulo "5 giorni").

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

Per l'accesso al servizio si richiede un preavviso possibilmente **entro la 37a settimana di gestazione (e comunque non oltre 7 giorni lavorativi prima del parto)**, al fine di poter permettere all'ostetrica di contattare la famiglia e, se del caso, di acquisire la necessaria documentazione medica.
In nessun caso verranno eseguite diagnosi, date indicazioni terapeutiche, fatte prescrizioni farmacologiche.
Il costo del servizio è a totale carico dell'Assicurata.

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

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

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

a) Post partum:
qualora l'Assicurata necessiti di un supporto psicologico successivamente al parto, **come prescritto dal medico di base o da altro medico specialista**, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario,** organizzerà delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con Blue Assistance.
La prestazione deve essere richiesta entro 120 giorni dal parto e opera, previo invio della prescrizione medica attestante la data del parto, fino alla concorrenza di con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

b) Per il minore:
qualora l'Assicurato necessiti di un supporto psicologico **prescritto dal medico di base o da altro medico specialista**:
- a seguito di traumi e/o lesioni causati da atti di bullismo, **regolarmente denunciati alle Pubbliche Autorità**;
- in caso di stress psicofisico e/o malattia causata da disturbi del comportamento alimentare;

la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario**, organizzerà, **se richieste entro 60 giorni dal sinistro** ovvero dalla denuncia alle Pubbliche Autorità o dal momento in cui è stata posta la diagnosi per la prima volta, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista.
La prestazione opera, previo invio della denuncia alle Pubbliche Autorità e/o della prescrizione medica attestante la data in cui è stato diagnosticato il disturbo psicologico, con il numero massimo di 10 sedute anno assicurativo.

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

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

L'attivazione della prestazione, deve essere richiesta, **entro 60 giorni dalla data presunta del parto**, tramite la Centrale Operativa di Blue Assistance.
Il costo del servizio è a totale carico dell'Assicurata.

B. GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'Assicurato o un suo familiare, se Assicurato. Ad esempio l'invio di un pediatra a domicilio, in caso di malattia improvvisa occorsa al minore, può essere molto utile e tranquillizzare i genitori in caso di irreperibilità del pediatra di famiglia.
E' importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

1 INVIO DI UN PEDIATRA

Qualora l'Assicurato necessiti della visita di un pediatra presso la propria residenza per il figlio con lui convivente, **ma non riesca a reperire il proprio pediatra di fiducia,** la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario,** provvede ad inviare uno specialista presso la residenza.
Qualora nessuno dei medici convenzionati sia immediatamente disponibile, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, la Centrale Operativa organizza il trasferimento del minore nella più vicina struttura sanitaria mediante autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.
La prestazione è operativa **nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24**.

2 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:

1) stampelle;
2) sedia a rotelle;
3) letto ortopedico;
4) materasso antidecubito

la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, **sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro**, tenendo il costo a carico della Società.
Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la Società provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di euro 300 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'Assicurato stesso.

3 INVIO DI UN TAXI

In caso di improvvisa indisponibilità del proprio veicolo per guasto, incidente o furto, la Centrale Operativa, **entro un limite massimo di 15 giorni dalla data del sinistro**, provvede ad inviare un taxi, che consenta all'Assicurato o agli altri membri del nucleo familiare, di accompagnare a scuola o ad una visita medica i figli minori di 15 anni con lui conviventi.
La Società terrà a proprio carico la relativa spesa **una volta per anno assicurativo e con il limite complessivo di euro 50.**
L'Assicurato è tenuto a fornire, su richiesta della Centrale Operativa ed al massimo entro 7 giorni dalla richiesta, il preventivo di riparazione da parte dell'officina autorizzata della casa costruttrice, o la denuncia di furto alle Pubbliche Autorità.

4 INVIO DI UNA BABY SITTER

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

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

La prestazione opera **fino alla concorrenza di euro 500 per sinistro.**
In alternativa la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare, **residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'Assicurato**, un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe economica) o treno (prima classe), per raggiungere ed accudire il minore presso la residenza dell'Assicurato, tenendone il costo a carico della Società.

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

6 ESCLUSIONI

6.1 COSA NON ASSICURIAMO

La Società non eroga le prestazioni della presente Sezione qualora il sinistro sia conseguenza diretta o indiretta di:

a) stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;
b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
c) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;
d) atti dolosi compiuti o tentati dell'Assicurato;
e) malattie in atto e/o infortuni occorsi prima dell'effetto della polizza;
f) uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
g) ubriachezza accertata;
h) infortuni derivanti dalla pratica di:
- **sport aerei in genere;**
- **partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli 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.

7 GESTIONE DEL SINISTRO

Per potere usufruire delle prestazioni indicate agli artt. 5.1 CON TE IN SALUTE, 5.2 CON TE A CASA, 5.3 CON TE IN FAMIGLIA, 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 800-042042	+39 011 742 55 99

- **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, la Società non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla Centrale Operativa stessa.

7.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

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

La Società 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.

7.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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

7.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza di cui agli artt. 5.1 CON TE IN SALUTE, 5.2 CON TE A CASA e 5.3 CON TE IN FAMIGLIA che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni Contrattuali.

FORMULA TARGET

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

SEZIONE KIDS

La presente Sezione è valida solo per Assicurati di età non superiore a 18 anni.

8 COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 10 ESCLUSIONI.

8.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società rimborsa, **fino alla concorrenza del massimale di euro 10.000 per persona e per anno assicurativo**, le spese di cura rese necessarie da infortunio sostenute dall'Assicurato, in caso di ricovero o in assenza, secondo quanto riportato alle successive lettere A, B e C.
Sono inoltre comprese, fino a concorrenza del medesimo massimale, le spese sostenute:

1) per l'assistenza infermieristica domiciliare, **con il limite di euro 50 giornalieri per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo**;
2) in caso di intervento riparatore del danno estetico per la chirurgia plastica, **fino euro 5.000 per sinistro, purché l'infortunio sia comprovato da referto del Pronto Soccorso Pubblico**;
3) per il trasporto fino alla struttura sanitaria o al luogo di soccorso o da una struttura sanitaria all'altra, **con il limite di euro 2.500**.

A. SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO:
   1) prestazioni sanitarie;
   2) trattamenti di fisiokinesiterapia;
   3) diritti di sala operatoria, rette di degenza, farmaci e specialità medicinali;
   4) cure e protesi dentarie.
      Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, in sostituzione del rimborso, corrisponde una diaria di euro 50 per ogni pernottamento in struttura sanitaria, **fino ad un massimo di 100 pernottamenti per sinistro**. **L'accesso in day hospital/day surgery viene considerato un pernottamento.**

B. SPESE SOSTENUTE SUCCESSIVAMENTE AL RICOVERO:
   1) prestazioni sanitarie;
   2) trattamenti di fisiokinesiterapia;
   3) cure e protesi dentarie rese necessarie dall'infortunio;
   4) acquisto di protesi anatomiche **fino alla concorrenza di euro 5.000 per sinistro; non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi;**
   5) noleggio o acquisto (**con il limite per l'acquisto di euro 2.500 per sinistro**) di apparecchi terapeutici o ortopedici.

   Le spese indicate alla presente lettera B. sono rimborsate **con l'applicazione di uno scoperto del 20% che in ogni caso non potrà essere inferiore a euro 50 per sinistro, che rimane a carico dell'Assicurato**. **Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.**
   Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, la Società rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione dello scoperto.
   La Società rimborsa le spese indicate alla presente lettera B. se effettuate entro 120 giorni dalla data del sinistro.

C. SPESE SOSTENUTE IN ASSENZA DI RICOVERO
   1) prestazioni sanitarie;
   2) trattamenti di fisiokinesiterapia **fino alla concorrenza di euro 2.000 per sinistro**;
   3) cure e protesi dentarie **fino alla concorrenza di euro 2.000 per sinistro**;
   4) acquisto di protesi anatomiche **fino alla concorrenza di euro 5.000 per sinistro**; **non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi;**

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

5) noleggio o acquisto di apparecchi terapeutici o ortopedici, **con il limite di euro 2.500 per sinistro**.
Le spese indicate alla presente lettera C sono rimborsate **solo se l'infortunio è comprovato da referto del Pronto Soccorso Pubblico e con l'applicazione di uno scoperto del 20% che in ogni caso non potrà essere inferiore a euro 50 per sinistro, che rimangono a carico dell'Assicurato** .
Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.
Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, la Società rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione dello scoperto.
La Società rimborsa le spese indicate alla presente lettera C. solo se effettuate entro 180 giorni dalla data dell'infortunio.

8.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI

La Società corrisponde un indennizzo di euro 200 in caso di infortunio comprovato da referto del Pronto Soccorso Pubblico che comporti un'inabilità temporanea di almeno 20 giorni consecutivi documentata da certificazione medica e che abbia come conseguenza la mancata frequenza ad attività sportive, culturali o il mancato utilizzo di mezzi pubblici.
L'Assicurato deve inoltre produrre documentazione attestante l'iscrizione ad attività sportiva, culturale o abbonamento ai mezzi pubblici.

8.3 ASSISTENZA KIDS

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

A. PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1. INVIO DI UNA BABY SITTER
   Qualora uno dei genitori dell'Assicurato, a seguito di ricovero per infortunio o malattia in una struttura sanitaria **da cui non possa essere dimesso entro 3 giorni dalla data del ricovero**, sia nell'impossibilità d'occuparsi del figlio minore Assicurato con lui convivente **e nessun altro familiare possa prendersene cura**, la Centrale Operativa provvede a reperire una baby sitter e ad inviarla presso la residenza dell'Assicurato per occuparsi dei minori.
   La prestazione opera **fino alla concorrenza di euro 500 per sinistro.**
   In alternativa la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare, **residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'Assicurato**, un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe economica) o treno (prima classe), per raggiungere ed accudire il minore presso la residenza, tenendone il costo a carico della Società.
2. INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO
   Qualora l'Assicurato, nei 30 giorni successivi alla dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, **debba effettuare una o più visite di controllo o esami diagnostici** in una struttura sanitaria, **come certificato da prescrizione medica,** in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, **nel caso in cui i propri medici lo valutino necessario**, provvede a inviare un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria residenza alla struttura sanitaria interessata, tenendone il costo a carico della Società **fino alla concorrenza di euro 300 per sinistro.**
3. SUPPORTO PSICOLOGICO
   Il supporto psicologico ha lo scopo di soddisfare un'eventuale richiesta di ascolto nei momenti immediatamente successivi al verificarsi di un evento traumatico, o alla diagnosi di una patologia che comportino per l'Assicurato una situazione di disagio e di stress psicofisico.

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

Qualora l'Assicurato necessiti di un supporto psicologico **prescritto dal medico di base o da altro medico specialista**:
- a seguito di traumi e/o lesioni causati da atti di bullismo, **regolarmente denunciati alle Pubbliche Autorità**;
- in caso di stress psicofisico e/o malattia causata da disturbi del comportamento alimentare

la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario**, organizzerà, **se richieste entro 60 giorni dal sinistro** ovvero dalla denuncia alle Pubbliche Autorità o dal momento in cui è stata posta la diagnosi per la prima volta, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con Blue Assistance.
La prestazione opera, previo invio della denuncia alle Pubbliche Autorità e/o della prescrizione medica attestante la data in cui è stato diagnosticato il disturbo psicologico, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

B. GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'Assicurato o un suo familiare, se Assicurato. Ad esempio l'invio di un pediatra a domicilio, in caso di malattia improvvisa occorsa al minore, può essere molto utile e tranquillizzare i genitori in caso di irreperibilità del pediatra di famiglia.
E' importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

1. INVIO DI UN PEDIATRA
   Qualora l'Assicurato necessiti della visita di un pediatra presso la propria residenza, **ma non sia reperibile il proprio pediatra di fiducia,** la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario,** provvede ad inviare uno specialista presso la residenza.
   Qualora nessuno dei medici convenzionati sia immediatamente disponibile, in alternativa ed in accordo con i genitori dell'Assicurato, la Centrale Operativa organizza il trasferimento del minore nella più vicina struttura sanitaria mediante autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.
   La prestazione è operativa **nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24**.
2. TRASPORTO IN AMBULANZA
   Qualora l'Assicurato in viaggio necessiti di un trasporto in autoambulanza dal luogo in cui si trova ad una struttura sanitaria, o da questa alla sua residenza, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario**, provvede all'invio. La prestazione opera **fino alla concorrenza di euro 250 per sinistro.**
3. RIENTRO SANITARIO
   Qualora nel corso di un viaggio a seguito di malattia o infortunio vi sia la necessità di trasferire l'Assicurato presso una struttura sanitaria prossima alla sua residenza **idonea a garantirgli cure specifiche**, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:
   a) organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra:
      - aereo sanitario appositamente equipaggiato (**esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo**);
      - aereo di linea (eventualmente barellato);
      - autoambulanza;
      - treno/vagone letto (prima classe);
      - altri mezzi adatti alla circostanza.

   b) fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato, compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

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

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 della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, 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 sindrome organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

4. VIAGGIO DI UN FAMILIARE
   Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, sia ricoverato in una struttura sanitaria e, non potendo essere dimesso entro 3 giorni dalla data del ricovero, e richieda la presenza di un familiare maggiorenne sul posto, la Centrale Operativa:
   a) 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;
   b) prenota per il familiare un albergo.
   La prestazione opera fino alla concorrenza di euro 520 per sinistro per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.
5. 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, richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:
   a) stampelle;
   b) sedia a rotelle;
   c) letto ortopedico;
   d) materasso antidecubito
   la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, **sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro**, tenendo il costo a carico della Società.
   Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la Società provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di euro 300 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'Assicurato stesso.

8.4 ACCESSO AL NETWORK

8.4.1 OGGETTO

Con l'acquisto della polizza e finché la stessa è in vigore la Società offre all'Assicurato la possibilità di effettuare, a tariffa agevolata, le seguenti prestazioni di cui abbia necessità:

1) prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue. Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche sono consultabili tramite il sito stesso;
2) prestazioni mediche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue;
3) prestazioni fisioterapiche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue.

8.4.2 MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO

Il servizio sarà fruibile grazie ad un codice di accesso di 16 cifre (PIN) consegnato all'Assicurato entro 7 giorni dalla data di decorrenza della polizza.
Per fruire del servizio occorrerà connettersi al sito www.mynet.blue ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

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

8.4.3 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:

a) le prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti Soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
b) **i corrispettivi relativi alle prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno a carico dell'Assicurato che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi;**
c) le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei medici/medici dentisti/centri 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.

9 OPERATIVITÀ

Le garanzie di cui agli artt. 8.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO e 8.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono operanti anche durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico con le modalità indicate di seguito.

L'indennizzo è corrisposto al 50% qualora l'infortunio si verifichi durante:

1) **la pratica di alpinismo** fino al 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), **sci alpinismo**, **immersioni subacquee** con autorespiratore (compresi i casi di embolia);
2) **la partecipazione a gare – e relativi allenamenti o prove - organizzate dalle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva riconosciute dal C.O.N.I. di: calcio, calcetto (in tutte le forme), judo, karate e arti marziali in genere, ciclismo, pallacanestro, pallavolo, rugby, football americano, hockey, sci, snowboard, sport equestri**.

L'assicurazione non vale comunque per gli infortuni derivanti da:

1) pratica a titolo professionistico di sport in genere;
2) pratica di sport estremi;
3) partecipazioni a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove;
4) pratica di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili); pratica di bungee jumping e attività simili;
5) pugilato;
6) kitesurf, idrosci, rafting, canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide e simili;
7) snowkite, salto del trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, bob-slittino-skeleton praticati su pista, alpinismo oltre il 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo. Per alpinismo / free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche.

Per le garanzie di cui agli artt. 8.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO e 8.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono considerati infortuni anche:

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

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

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

10 ESCLUSIONI

Relativamente alle garanzie di cui agli artt. 8.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO e 8.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI, **la Società non indennizza gli infortuni:**

a) **derivanti dalla guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, sanzionabile ai sensi dell' Art 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285;**
b) **derivanti da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;**
c) **derivanti da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
d) **derivanti da partecipazione ad imprese di carattere eccezionale** (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
e) **derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;**
f) **derivanti da guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari**;
g) **derivanti dalla pratica della speleologia;**
h) **derivanti da patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze;**
i) **subiti dall'Assicurato in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;**
j) **subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società / aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.**

La Società non presta inoltre le garanzie per le conseguenze di infortuni occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione.
Sono inoltre confermate le esclusioni di cui all'art. 9 OPERATIVITÀ.

La Società non eroga le prestazioni della garanzia di cui all'art. 8.3 ASSISTENZA KIDS qualora il sinistro sia conseguenza diretta o indiretta di:

k) **stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;**
l) **eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;**
m) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;**
n) **atti dolosi compiuti o tentati dell'Assicurato;**
o) **malattie in atto e/o infortuni occorsi prima dell'effetto della polizza;**
p) **uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;**
q) **ubriachezza accertata;**
r) **infortuni derivanti dalla pratica di:**
   1) **sport aerei in genere;**
   2) **partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore o natanti**
s) **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.

11 GESTIONE DEL SINISTRO

Le garanzie di cui agli artt. 8.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO e 8.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono regolamentate ai successivi articoli 11.1, 11.2 e 11.3.
La garanzia di cui all' art. 8.3 ASSISTENZA KIDS è regolamentata ai successivi articoli 11.4, 11.5, 11.6.

11.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

a) **dare appena possibile avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza e fornire la descrizione dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;**
b) **fornire, in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in assenza di ricovero, referto del Pronto Soccorso Pubblico, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere;**
c) **fornire, per la garanzia di cui all'art. 8.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI, la certificazione medica sulla natura dell'infortunio e della relativa prognosi e copia della documentazione attestante l'iscrizione all'attività sportiva, culturale o abbonamento a mezzi pubblici;**
d) **provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti da Blue Assistance ad avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n.296/2006).**

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

11.2 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 11.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO, per "data del sinistro" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di sinistro.

11.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Blue Assistance – verificata l'operatività della garanzia – e determinato l'indennizzo dovuto, procede al pagamento entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, **con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.**

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

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.
Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

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

11.4 ASSISTENZA KIDS - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per potere usufruire delle prestazioni indicate all' art. 8.3 ASSISTENZA KIDS**, l'Assicurato, il Contraente o altra persona in sua vece, 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 800-042042	+39 011 742 55 99

- **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, la Società non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla Centrale Operativa stessa.

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

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

La Società 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.

11.5 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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

11.6 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La SOcietà si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza di cui all'art. 8.3 ASSISTENZA KIDS che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni Contrattuali.

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

SEZIONE DENTAL

12 COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO e 14 ESCLUSIONI.

12.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI

La Società paga, **una sola volta per anno assicurativo**, le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche, effettuate in centri odontoiatrici convenzionati, di seguito elencate con le modalità previste al successivo art.13:

1) visita odontoiatrica iniziale (compreso stesura piano di cura e preventivo di spesa);
2) ablazione semplice del tartaro (detartrasi).

12.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società rimborsa, **fino alla concorrenza di euro 2.000** per persona e per anno assicurativo, le spese sostenute per cure e protesi dentarie a condizione che siano causalmente ricollegate all'attuazione di terapie prescritte da un medico a seguito di un infortunio **comprovato da referto di Pronto Soccorso Pubblico**.

Le spese sostenute dall'Assicurato **sono rimborsate integralmente solo se effettuate in centri odontoiatrici convenzionati.** Qualora le spese siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, la Società rimborsa integralmente il corrispondente costo, senza applicazione di alcuno scoperto. **La Società rimborsa le spese indicate al presente articolo se effettuate entro 180 giorni dalla data dell'infortunio.**

12.3 ACCESSO AL NETWORK

12.3.1 OGGETTO

Con l'acquisto della polizza e finché la stessa è in vigore la Società offre all'Assicurato la possibilità di effettuare, a tariffa agevolata, le prestazioni odontoiatriche, di cui abbia necessità, rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue. Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche sono consultabili tramite il sito stesso.

12.3.2 MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO

Il servizio sarà fruibile grazie ad un codice di accesso di 16 cifre (PIN) consegnato all'Assicurato entro 7 giorni dalla data di decorrenza della polizza.

Per fruire del servizio occorrerà connettersi al sito www.mynet.blue ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

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

12.3.3 DIRITTI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ha diritto di usufruire gratuitamente delle tariffe agevolate per le prestazioni odontoiatriche, rese dal network di Blue Assistance.
Resta inteso che:

a) le prestazioni dei medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti Soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
b) **i corrispettivi relativi alle prestazioni dei medici dentisti/centri convenzionati saranno a carico dell'Assicurato che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi;**
c) le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei medici dentisti/centri 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.

13 OPERATIVITÀ

Le garanzie di cui agli artt. 12.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI e 12.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO, sono operanti purché le prestazioni odontoiatriche siano effettuate in strutture sanitarie convenzionate, previa prenotazione tramite servizio www.mynet.blue.

Si specifica che le garanzie non sono operanti in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate o di strutture sanitarie convenzionate senza prenotazione tramite servizio www.mynet.blue.

Per la garanzia di cui all' art.12.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO sono considerati infortuni anche:

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

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

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

14 ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni operano solo per la garanzia di cui all'art. 12.2. RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO.

La Società non indennizza gli infortuni:

a) **derivanti dalla guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, sanzionabile ai sensi dell' Art 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285;**
b) **derivanti da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;**
c) **derivanti da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
d) **derivanti da partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);**
e) **derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;**
f) **derivanti da guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari**;
g) **derivanti dalla pratica della speleologia;**
h) **derivanti da patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze**
i) **subiti dall'Assicurato in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;**
l) **subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società / aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;**
m) **derivanti dalla pratica a titolo professionistico di sport in genere;**
n) **derivanti dalla pratica di sport estremi;**
o) **derivanti dalla partecipazione a gara motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove;**
p) **derivanti dalla pratica di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);**
q) **derivanti dalla pratica di bungee jumping e attività simili;**
r) **derivanti dalla pratica di pugilato;**
s) **derivanti dalla pratica di kitesurf, idrosci, rafting, canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide e simili;**
t) **derivanti dalla pratica di snowkite, salto del trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, bob- slittino-skeleton praticati su pista, alpinismo oltre il 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo.** Per alpinismo / free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche.

La Società non presta inoltre la garanzia per le conseguenze di infortuni occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione.

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

15 GESTIONE DEL SINISTRO

15.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per le garanzie di cui agli artt. 12.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI e 12.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO in caso di ricorso ad un centro odontoiatrico convenzionato con Blue Assistance, quest'ultima provvede al rimborso delle spese.
La possibilità di accedere all'utilizzo di centri odontoiatrici convenzionati è condizionata alla preventiva prenotazione della struttura sanitaria convenzionata tramite servizio www.mynet.blue, in mancanza della quale, le spese rimarranno a carico dell'Assicurato.
L'Assicurato deve provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti da Blue Assistance ad avvenuta liquidazione**; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006) e dal voucher stampato tramite servizio www.mynet.blue.**
Il Contraente e l'Assicurato riconoscono espressamente che Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.
Blue Assistance è comunque a completa disposizione del Contraente e dell'Assicurato per qualsiasi informazione inerente alla prestazione dei servizi.

Per la garanzia di cui all'art. 12.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI, in caso di richiesta di rimborso per entrambe le prestazioni (visita iniziale odontoiatrica e detartrasi) è necessario **effettuare un'unica denuncia di sinistro e allegare i documenti di spesa e i voucher relativi a entrambe le prestazioni.**
Resta inteso che per tale garanzia non è possibile denunciare il sinistro per più di una volta nel corso dell'anno assicurativo.

Per avere diritto alle prestazioni di cui alla garanzia 12.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO **l'Assicurato deve inoltre:**

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

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

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

15.2 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 15.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO per "data del sinistro" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di sinistro o, per la garanzia di cui all'art. 12.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA il giorno in cui vengono effettuate le prestazioni offerte dalla garanzia.

15.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Blue Assistance – verificata l'operatività della garanzia – procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, **con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.**
Le spese per i certificati restano a carico dell'Assicurato.
Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.
Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

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

SEZIONE FISIO

16 COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO e 18 ESCLUSIONI.

16.1 INDENNITÀ PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società corrisponde un indennizzo forfettario di euro 4.000 per sinistro in caso di ricovero con intervento chirurgico **con almeno un pernottamento**, reso necessario da infortunio.

16.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE

La Società corrisponde un indennizzo forfettario di euro 1.000 per sinistro qualora un infortunio comporti applicazione di mezzo di contenzione, reso necessario da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose degli arti diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico.
La garanzia è operante anche per fratture alle quali non viene applicato alcun mezzo di contenzione, **purché sia resa necessaria permanenza continuativa a letto certificata da Pronto Soccorso Pubblico**.
La garanzia è operante anche qualora all'infortunio consegua una lesione distorsiva articolare senza interessamento dei legamenti **certificata da Pronto Soccorso Pubblico**, che comporti l'applicazione di mezzo di contenzione non amovibile per almeno 20 giorni consecutivi.
La garanzia non è comunque operante in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale.
La Società eroga l'indennizzo indicato al presente articolo se l'applicazione di mezzo di contenzione avviene entro 120 giorni dalla data dell'infortunio.

16.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE

Qualora l'Assicurato subisca un infortunio che determini una o più delle seguenti lesioni:

1) amputazione dell'arto inferiore completa o parziale **(esclusa l'amputazione del solo avampiede o delle sole dita del piede)**;
2) amputazione dell'arto superiore completa o parziale, compresa la perdita completa di tutte le dita della mano;
3) lesioni del Sistema Nervoso Centrale con perdita delle capacità motorie o cognitive, valutata dai medici incaricati dalla Società non prima che sia trascorso un mese dalla dimissione dal ricovero **(sono escluse le lesioni singole dei nervi cranici)**;
4) lesioni del Sistema Nervoso Periferico con perdita totale delle capacità motorie di uno o più arti, valutata dai medici incaricati dalla Società non prima che sia trascorso un mese dalla dimissione dal ricovero **(è esclusa la perdita delle capacità sensoriali)**;
5) ustioni di terzo grado che interessino almeno la metà della superficie corporea totale;
6) anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi;
7) anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole.

La Società rimborsa le spese sostenute per trattamenti di fisiokinesiterapia, **fino alla concorrenza di euro 5.000 per persona e per anno assicurativo purché effettuati entro un anno dal giorno dell'infortunio**.

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

16.4 ACCESSO AL NETWORK

16.4.1 **OGGETTO**

Con l'acquisto della polizza e finché la stessa è in vigore la Società offre all'Assicurato la possibilità di effettuare, a tariffa agevolata, le prestazioni fisioterapiche, di cui abbia necessità, rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue.

16.4.2 **MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO**

Il servizio sarà fruibile grazie ad un codice di accesso di 16 cifre (PIN) consegnato all'Assicurato entro 7 giorni dalla data di decorrenza della polizza.
Per fruire del servizio occorrerà connettersi al sito www.mynet.blue ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

16.4.3 **DIRITTI DELL'ASSICURATO**

L'Assicurato ha diritto di usufruire gratuitamente delle tariffe agevolate per le prestazioni fisioterapiche rese dal network di Blue Assistance.
Resta inteso che:

a) le prestazioni dei centri convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti Soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
b) **i corrispettivi relativi alle prestazioni dei centri convenzionati saranno a carico dell'Assicurato che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi;**
c) le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei centri 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.

17 OPERATIVITÀ

Le garanzie di cui agli artt. 16.1 INDENNITÀ PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO, 16.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE e 16.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE sono operanti anche durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico con le modalità indicate di seguito.

L'indennizzo è corrisposto al 50% qualora l'infortunio si verifichi durante:

1) **la pratica di alpinismo fino al 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), sci alpinismo, immersioni subacquee con autorespiratore (compresi i casi di embolia);**
2) **la partecipazione a gare – e relativi allenamenti o prove - organizzate dalle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva riconosciute dal C.O.N.I. di: calcio, calcetto (in tutte le forme), judo, karate e arti marziali in genere, ciclismo, pallacanestro, pallavolo, rugby, football americano, hockey, sci, snowboard, sport equestri.**

L'assicurazione non vale comunque per gli infortuni derivanti da:

1) **pratica a titolo professionistico di sport in genere;**
2) **pratica di sport estremi;**
3) **partecipazioni a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove;**
4) **pratica di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili); pratica di bungee jumping e attività simili;**
5) **pugilato;**
6) **kitesurf, idrosci, rafting, canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide e simili;**
7) **snowkite, salto del trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, bob-slittino-skeleton praticati su pista, alpinismo oltre il 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo**. Per alpinismo / free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche.

Per le garanzie di cui agli artt. 16.1 INDENNITÀ PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO, 16.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE e 16.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE sono considerati infortuni anche:

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

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

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

18 ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni non operano per il servizio non assicurativo di cui all' art. 16.4 ACCESSO AL NETWORK.

La Società non indennizza gli infortuni:

a) derivanti dalla guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, sanzionabile ai sensi dell' Art 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285;
b) derivanti da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
c) derivanti da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
d) derivanti da partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
e) derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
f) derivanti da guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari;
g) derivanti dalla pratica della speleologia;
h) derivanti da patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze
i) subiti dall'Assicurato in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;
l) subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società / aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

La Società non presta inoltre le garanzie per le conseguenze di infortuni occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione.

Sono inoltre confermate le esclusioni di cui all'art. 17 OPERATIVITÀ.

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

19 GESTIONE DEL SINISTRO

19.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

a) **dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza e fornire la descrizione dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;**
b) **fornire, in caso di ricovero copia della cartella clinica completa o, referto del Pronto Soccorso Pubblico;**
c) **fornire il referto medico da cui risulti l'applicazione di mezzo di contenzione, per la garanzia di cui all'art. 16.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE;**
d) **fornire, per la garanzia di cui all'art. 16.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE, la prescrizione del medico curante e presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti ad avvenuta liquidazione e provvedere direttamente al pagamento delle spese; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006).**

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

19.2 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 19.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO per "data del sinistro" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di sinistro.

19.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Blue Assistance – verificata l'operatività della garanzia – e determinato l'indennizzo dovuto, procede al pagamento entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, **con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.**

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

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

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

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

APPENDICE 1

TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETA'

% incremento per età – FORMULA EXTRA

Sezione "TI AFFIANCO"

Area Pre e Post Ricovero								Area Extra Ricovero											
Rimborso Spese Pre e Post Ricovero								Alta Diagnostica				Diagnostica Completa				Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici			
annuali				poliennali															
età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%
0	0,00%	**38**	1,60%	**0**	0,00%	**38**	0,37%	**0**	0,00%	**38**	2,07%	**0**	0,00%	**38**	2,32%	**0**	0,00%	**38**	2,07%
1	3,95%	**39**	1,58%	**1**	3,94%	**39**	0,52%	**1**	8,81%	**39**	2,04%	**1**	16,10%	**39**	2,26%	**1**	8,86%	**39**	2,03%
2	3,81%	**40**	1,56%	**2**	3,82%	**40**	0,65%	**2**	8,17%	**40**	1,98%	**2**	13,90%	**40**	2,21%	**2**	8,14%	**40**	1,99%
3	3,67%	**41**	1,53%	**3**	3,67%	**41**	0,80%	**3**	7,52%	**41**	0,19%	**3**	12,18%	**41**	2,04%	**3**	7,51%	**41**	0,19%
4	3,53%	**42**	0,32%	**4**	3,54%	**42**	0,93%	**4**	6,96%	**42**	0,47%	**4**	10,88%	**42**	2,08%	**4**	6,99%	**42**	0,46%
5	3,41%	**43**	0,94%	**5**	3,43%	**43**	1,07%	**5**	6,54%	**43**	0,73%	**5**	9,79%	**43**	2,09%	**5**	6,53%	**43**	0,75%
6	3,32%	**44**	1,57%	**6**	3,30%	**44**	1,19%	**6**	6,16%	**44**	1,02%	**6**	8,94%	**44**	2,12%	**6**	6,14%	**44**	1,02%
7	3,19%	**45**	2,16%	**7**	3,19%	**45**	1,32%	**7**	5,75%	**45**	1,29%	**7**	8,19%	**45**	2,13%	**7**	5,79%	**45**	1,28%
8	3,09%	**46**	2,71%	**8**	3,10%	**46**	1,44%	**8**	5,47%	**46**	1,53%	**8**	7,58%	**46**	2,14%	**8**	5,46%	**46**	1,54%
9	3,02%	**47**	3,24%	**9**	3,02%	**47**	1,56%	**9**	5,21%	**47**	1,78%	**9**	7,03%	**47**	2,16%	**9**	5,18%	**47**	1,78%
10	2,92%	**48**	3,71%	**10**	2,92%	**48**	1,66%	**10**	4,93%	**48**	2,01%	**10**	6,59%	**48**	2,17%	**10**	4,92%	**48**	2,01%
11	2,83%	**49**	4,12%	**11**	2,83%	**49**	1,77%	**11**	4,67%	**49**	2,23%	**11**	6,16%	**49**	2,18%	**11**	4,70%	**49**	2,23%
12	2,76%	**50**	4,49%	**12**	2,76%	**50**	1,87%	**12**	4,49%	**50**	2,44%	**12**	5,82%	**50**	2,19%	**12**	4,48%	**50**	2,43%
13	2,68%	**51**	4,80%	**13**	2,68%	**51**	1,96%	**13**	4,31%	**51**	2,62%	**13**	5,49%	**51**	2,20%	**13**	4,29%	**51**	2,62%
14	2,61%	**52**	5,06%	**14**	2,61%	**52**	2,04%	**14**	4,10%	**52**	2,80%	**14**	5,21%	**52**	2,21%	**14**	4,12%	**52**	2,80%
15	2,56%	**53**	5,28%	**15**	2,55%	**53**	1,42%	**15**	3,95%	**53**	2,95%	**15**	4,94%	**53**	2,21%	**15**	3,95%	**53**	2,95%
16	2,48%	**54**	5,45%	**16**	2,49%	**54**	5,45%	**16**	3,80%	**54**	3,10%	**16**	4,72%	**54**	2,21%	**16**	3,80%	**54**	3,10%
17	2,42%	**55**	5,58%	**17**	23,89%	**55**	5,58%	**17**	3,66%	**55**	3,22%	**17**	4,50%	**55**	2,22%	**17**	3,67%	**55**	3,22%
18	2,37%	**56**	2,89%	**18**	2,97%	**56**	2,89%	**18**	3,53%	**56**	3,33%	**18**	4,32%	**56**	2,22%	**18**	3,53%	**56**	3,34%
19	2,31%	**57**	3,67%	**19**	2,89%	**57**	3,66%	**19**	3,41%	**57**	3,43%	**19**	4,13%	**57**	2,21%	**19**	3,41%	**57**	3,43%
20	2,25%	**58**	4,36%	**20**	2,81%	**58**	4,36%	**20**	3,32%	**58**	3,52%	**20**	3,97%	**58**	2,21%	**20**	3,31%	**58**	3,52%
21	2,21%	**59**	4,97%	**21**	2,74%	**59**	4,97%	**21**	3,18%	**59**	3,60%	**21**	3,81%	**59**	2,21%	**21**	3,19%	**59**	3,59%
22	2,16%	**60**	5,49%	**22**	2,66%	**60**	5,49%	**22**	3,10%	**60**	3,65%	**22**	3,68%	**60**	2,21%	**22**	3,09%	**60**	3,65%
23	2,12%	**61**	5,92%	**23**	2,59%	**61**	5,92%	**23**	3,00%	**61**	3,70%	**23**	3,54%	**61**	2,21%	**23**	3,00%	**61**	3,70%
24	2,07%	**62**	6,26%	**24**	2,53%	**62**	6,26%	**24**	2,92%	**62**	3,75%	**24**	3,43%	**62**	2,20%	**24**	2,92%	**62**	3,75%
25	2,03%	**63**	6,53%	**25**	2,46%	**63**	6,53%	**25**	2,83%	**63**	3,77%	**25**	3,31%	**63**	2,19%	**25**	2,83%	**63**	3,77%
26	1,99%	**64**	6,72%	**26**	2,40%	**64**	6,72%	**26**	2,76%	**64**	3,79%	**26**	3,21%	**64**	2,19%	**26**	2,75%	**64**	3,80%
27	1,97%	**65**	6,86%	**27**	2,34%	**65**	6,86%	**27**	2,67%	**65**	3,82%	**27**	3,10%	**65**	2,18%	**27**	2,68%	**65**	3,81%
28	1,91%	**66**	6,94%	**28**	2,30%	**66**	6,94%	**28**	2,62%	**66**	3,82%	**28**	3,01%	**66**	2,18%	**28**	2,61%	**66**	3,82%
29	1,87%	**67**	6,98%	**29**	2,24%	**67**	6,98%	**29**	2,54%	**67**	3,83%	**29**	2,92%	**67**	2,16%	**29**	2,54%	**67**	3,83%
30	1,85%	**68**	6,98%	**30**	2,19%	**68**	6,98%	**30**	2,47%	**68**	3,82%	**30**	2,84%	**68**	2,16%	**30**	2,48%	**68**	3,82%
31	1,81%	**69**	6,95%	**31**	2,15%	**69**	6,95%	**31**	2,42%	**69**	3,81%	**31**	2,76%	**69**	2,15%	**31**	2,42%	**69**	3,82%
32	1,78%	**70**	6,90%	**32**	2,10%	**70**	6,90%	**32**	2,38%	**70**	3,80%	**32**	2,69%	**70**	2,14%	**32**	2,36%	**70**	3,80%
33	1,75%	**71**	6,83%	**33**	2,06%	**71**	6,83%	**33**	2,31%	**71**	3,79%	**33**	2,61%	**71**	2,13%	**33**	2,31%	**71**	3,79%
34	1,71%	**72**	6,74%	**34**	2,01%	**72**	6,74%	**34**	2,25%	**72**	3,77%	**34**	2,55%	**72**	2,12%	**34**	2,26%	**72**	3,77%
35	1,68%	**73**	6,64%	**35**	1,98%	**73**	6,65%	**35**	2,22%	**73**	3,75%	**35**	2,48%	**73**	2,11%	**35**	2,21%	**73**	3,75%
36	1,67%	**74**	6,54%	**36**	0,07%	**74**	6,54%	**36**	2,16%	**74**	3,72%	**36**	2,43%	**74**	2,10%	**36**	2,16%	**74**	3,72%
37	1,63%	**75**	6,42%	**37**	0,22%	**75**	6,42%	**37**	2,10%	**75**	3,70%	**37**	2,37%	**75**	2,09%	**37**	2,12%	**75**	3,69%

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

% incremento per età – FORMULA EXTRA															
Sezione "TI AFFIANCO"															
Area Indennitaria															
Indennità per ricovero								Diaria Post Ricovero							
annuali				poliennali				annuali				poliennali			
età	**%**	**età**	**%**	**età**	**%**	**età**	**%**	**età**	**%**	**età**	**%**	**età**	**%**	**età**	**%**
0	0,00%	**38**	1,20%	**0**	0,00%	**38**	0,49%	**0**	0,00%	**38**	0,51%	**0**	0,00%	**38**	3,36%
1	2,14%	**39**	1,17%	**1**	2,14%	**39**	0,61%	**1**	3,49%	**39**	0,51%	**1**	3,49%	**39**	3,25%
2	2,10%	**40**	1,18%	**2**	2,10%	**40**	0,71%	**2**	4,49%	**40**	1,02%	**2**	4,49%	**40**	3,54%
3	2,04%	**41**	0,30%	**3**	2,04%	**41**	0,81%	**3**	3,23%	**41**	1,01%	**3**	3,23%	**41**	0,38%
4	2,02%	**42**	0,92%	**4**	2,02%	**42**	0,91%	**4**	3,13%	**42**	1,00%	**4**	3,13%	**42**	0,00%
5	1,98%	**43**	1,52%	**5**	1,98%	**43**	1,01%	**5**	3,03%	**43**	0,99%	**5**	3,03%	**43**	0,38%
6	1,92%	**44**	2,10%	**6**	1,92%	**44**	1,10%	**6**	2,94%	**44**	1,46%	**6**	2,94%	**44**	0,75%
7	1,90%	**45**	2,64%	**7**	1,90%	**45**	1,20%	**7**	2,86%	**45**	1,44%	**7**	2,86%	**45**	0,75%
8	1,87%	**46**	3,15%	**8**	1,87%	**46**	1,28%	**8**	3,70%	**46**	1,42%	**8**	3,70%	**46**	1,12%
9	1,82%	**47**	3,60%	**9**	1,82%	**47**	1,37%	**9**	2,68%	**47**	1,87%	**9**	2,68%	**47**	1,10%
10	1,81%	**48**	4,01%	**10**	1,81%	**48**	1,45%	**10**	2,61%	**48**	1,83%	**10**	2,61%	**48**	1,09%
11	1,76%	**49**	4,37%	**11**	1,76%	**49**	1,53%	**11**	2,54%	**49**	1,80%	**11**	2,54%	**49**	1,44%
12	1,73%	**50**	4,68%	**12**	1,73%	**50**	1,60%	**12**	2,48%	**50**	2,21%	**12**	2,48%	**50**	1,42%
13	1,71%	**51**	4,94%	**13**	1,71%	**51**	1,67%	**13**	2,42%	**51**	1,73%	**13**	2,42%	**51**	1,75%
14	1,67%	**52**	5,16%	**14**	1,67%	**52**	1,74%	**14**	3,15%	**52**	2,13%	**14**	3,15%	**52**	1,72%
15	1,65%	**53**	5,33%	**15**	1,65%	**53**	1,80%	**15**	2,29%	**53**	0,42%	**15**	2,29%	**53**	2,03%
16	1,62%	**54**	5,46%	**16**	1,62%	**54**	1,86%	**16**	2,24%	**54**	1,66%	**16**	2,24%	**54**	1,99%
17	1,60%	**55**	5,57%	**17**	1,60%	**55**	1,92%	**17**	2,19%	**55**	2,45%	**17**	16,79%	**55**	2,27%
18	1,57%	**56**	5,64%	**18**	1,57%	**56**	1,97%	**18**	2,14%	**56**	3,19%	**18**	2,50%	**56**	2,22%
19	1,54%	**57**	5,68%	**19**	1,54%	**57**	2,01%	**19**	2,10%	**57**	3,86%	**19**	2,44%	**57**	2,48%
20	1,53%	**58**	5,70%	**20**	1,53%	**58**	9,13%	**20**	2,05%	**58**	4,83%	**20**	2,38%	**58**	2,42%
21	1,49%	**59**	5,70%	**21**	10,91%	**59**	5,70%	**21**	2,68%	**59**	5,32%	**21**	2,91%	**59**	2,37%
22	1,48%	**60**	5,68%	**22**	3,03%	**60**	5,68%	**22**	1,96%	**60**	5,72%	**22**	2,26%	**60**	2,60%
23	1,46%	**61**	5,66%	**23**	3,33%	**61**	5,66%	**23**	1,92%	**61**	6,05%	**23**	2,21%	**61**	2,82%
24	1,43%	**62**	5,61%	**24**	3,59%	**62**	5,61%	**24**	1,89%	**62**	6,61%	**24**	2,70%	**62**	2,74%
25	1,43%	**63**	5,56%	**25**	3,83%	**63**	5,56%	**25**	1,85%	**63**	6,76%	**25**	0,00%	**63**	2,67%
26	1,39%	**64**	5,50%	**26**	4,03%	**64**	5,50%	**26**	1,82%	**64**	7,12%	**26**	0,53%	**64**	5,45%
27	1,37%	**65**	5,44%	**27**	4,21%	**65**	5,44%	**27**	2,38%	**65**	7,14%	**27**	0,52%	**65**	7,14%
28	1,36%	**66**	5,37%	**28**	4,35%	**66**	5,37%	**28**	1,74%	**66**	7,13%	**28**	1,04%	**66**	7,13%
29	1,34%	**67**	5,29%	**29**	4,49%	**67**	5,29%	**29**	1,71%	**67**	7,08%	**29**	1,55%	**67**	7,08%
30	1,32%	**68**	5,22%	**30**	4,58%	**68**	5,22%	**30**	1,69%	**68**	7,21%	**30**	1,52%	**68**	7,21%
31	1,31%	**69**	5,14%	**31**	4,66%	**69**	5,14%	**31**	1,66%	**69**	7,10%	**31**	2,00%	**69**	7,10%
32	1,29%	**70**	5,06%	**32**	4,72%	**70**	5,06%	**32**	1,63%	**70**	6,98%	**32**	1,96%	**70**	6,98%
33	1,27%	**71**	4,98%	**33**	4,76%	**71**	4,98%	**33**	2,14%	**71**	6,85%	**33**	2,40%	**71**	6,85%
34	1,25%	**72**	4,90%	**34**	0,06%	**72**	4,90%	**34**	1,57%	**72**	6,87%	**34**	2,35%	**72**	6,87%
35	1,24%	**73**	4,82%	**35**	0,17%	**73**	4,82%	**35**	0,00%	**73**	6,71%	**35**	3,21%	**73**	6,71%
36	1,22%	**74**	4,74%	**36**	0,27%	**74**	4,74%	**36**	0,00%	**74**	6,69%	**36**	2,67%	**74**	6,69%
37	1,21%	**75**	4,66%	**37**	0,39%	**75**	4,66%	**37**	0,52%	**75**	6,52%	**37**	3,03%	**75**	6,52%

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

APPENDICE 2

ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE

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

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

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Aneurismi o stenosi o rotture dell'aorta toracica o addominale o delle arterie renali o delle arterie endocraniche o della vena cava superiore o vena cava inferiore con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Pancreatite acuta	Forma di pancreatite caratterizzata da necrosi, suppurazione, gangrena ed emorragia, con esordio improvviso caratterizzata da dolori addominali, nausea e vomito. La diagnosi deve essere confermata dagli esami e da referto di T.A.C. o R.M.N..
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: ▪ **cuore** ▪ **polmone** ▪ **fegato** ▪ **pancreas** ▪ **rene**	La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.
Ustioni gravi	Ustioni di terzo grado dovute ad infortunio ed estese almeno al 40% della superficie corporea.
Sclerosi multipla o a placche	Malattia caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale. E' richiesta una diagnosi di uno specialista neurologo che confermi chiari episodi deficitari neurologici con alterazioni della coordinazione motoria e/o sensoriale ed implicanti un punteggio "EDSS" maggiore di 5.
Distrofia muscolare	La distrofia muscolare si riferisce ad un gruppo di miopatie generiche degenerative caratterizzate da astenia ed atrofia del muscolo senza coinvolgimenti del sistema nervoso. I diversi tipi si distinguono a seconda dell'epoca di insorgenza, localizzazione e progressione della malattia. La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi.
Fratture vertebrali, delle ossa faciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie epatiche che richiedono resezioni chirurgiche	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.

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

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Patologie del pancreas che richiedono intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del Sistema Nervoso Centrale che richiedono craniotomia	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N.
Epatite acuta con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Tumori benigni polmonari con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del timo che richiedono intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: ▪ emo-trasfusioni periodiche; ▪ terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; ▪ trapianto di midollo osseo. ▪ La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.

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

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Encefalite acuta	Infiammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da infortunio o malattia. La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.
Coma irreversibile	Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da cartella clinica completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
Ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso ricovero in Unità Coronarica)	Infortuni, gravi malori improvvisi che necessitano di ricovero in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.

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

APPENDICE 3

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA

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

ART. 1341 CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscere usando l'ordinaria diligenza.
In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificatamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o droghe alla competenza dell'Autorità giudiziaria.

ART. 1342 CONTRATTO CONCLUSO MEDIANTE MODULI O FORMULARI

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

ART. 1469 BIS CONTRATTI DEL CONSUMATORE

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

ART. 1892 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.
L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

ART. 1893 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

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

ART. 1894 ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

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

ART. 1897 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 1898 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

ART. 1901 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

ART. 1910 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi Assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

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

ART. 1913 AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

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

ART. 1915 INADEMPIMENTO DELL'OBBLIGO DI AVVISO O DI SALVATAGGIO

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

ART. 1916 DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

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

ART. 2952 PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE

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

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. - SEDE DI MILANO - REGISTRO 2° ATTI PRIVATI E DEMANIO MILANO

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. - REGISTRO 2° ATTI PRIVATI E DEMANIO MILANO - SEDE DI MILANO

Mod. MAL50041/FI

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) - Tel +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00774430151 - R.E.A. Milano N. 7851 - Capitale Sociale Euro 40.455.077,50 i.v. - Società con un unico socio: Società Reale Mutua di Assicurazioni - Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione ed appartenente al Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

MISTO
Carta da fonti gestite in maniera responsabile
FSC®
www.fsc.org

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.