DOMANI - *con te*

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA IN CASO DI PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA

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

DOMANI - CON TE

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

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

Nota Informativa Ed. 10/2016.
Eventuali aggiornamenti successivi del presente fascicolo, non derivanti da innovazioni normative, potranno essere consultati sul sito internet della Società al seguente indirizzo: www.italiana.it.

ITALIANA ASSICURAZIONI

A - INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

1. INFORMAZIONI GENERALI

a) **Società Italiana Assicurazioni S.p.A., società assicuratrice in forma di società per azioni, fondata nel 1889, appartenente al Gruppo Reale Mutua**
b) **Sede legale e direzione generale in via M. U. Traiano, 18 – 20149 Milano – Italia**
c) **Telefono 02 397161 - fax 02 3271270 – Sito Internet: www.italiana.it**
E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it – Posta Elettronica Certificata (PEC): italiana@pec.italiana.it
d) **Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29/4/1923, n. 966, convertito nella legge 17/4/1925 n. 473, ed iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.**

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

(dati relativi all'ultimo bilancio approvato)
Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 423 milioni di euro di cui 40 milioni di euro relativi al capitale sociale, e 382 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 274%; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B - INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

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

Tacito rinnovo del contratto: salvo accordi particolari il contratto ha durata annuale. In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente, salvo diversa indicazione espressamente indicata in polizza. La scadenza contrattuale è quella indicata nella scheda di polizza ed in caso di disdetta la garanzia cessa ogni vigore alle ore 24 di tale data.

AVVERTENZA: anche se il contratto viene stipulato con la clausola di tacito rinnovo sia il Contraente che Italiana Assicurazioni hanno la facoltà di annullarne l'efficacia. La disdetta può essere effettuata, mediante comunicazione con lettera raccomandata che deve essere spedita almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto e ha come effetto la risoluzione del rapporto contrattuale. Per i dettagli si rimanda all'Art. 1.3 delle Condizioni Contrattuali.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

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

Eventuali allegati per condizioni contrattuali non rientranti nello standard del prodotto e concordate per particolari esigenze del Contraente, saranno oggetto di espressa pattuizione.

Nel seguito sono sinteticamente illustrate le garanzie offerte dal prodotto.

- La garanzia "FIRST CARE" contiene prestazioni e servizi che offrono un supporto per gestire le necessità e le urgenze che possono verificarsi nella vita quotidiana a seguito di malattia e/o infortunio, oppure in caso di ricovero

Per poter usufruire delle prestazioni l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di Blue Assistance, tramite telefono (dall'Italia: numero verde 800-042042 – dall'estero: 0039-011-7425599) o posta elettronica (assistenza@blueassistance.it).

La garanzia è regolamentata negli artt. dal 2.1 al 2.3 delle Condizioni Contrattuali.

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

AVVERTENZA: la garanzia prevede che la Società si faccia carico delle spese entro i massimali previsti dalle condizioni di polizza.

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

  Per poter usufruire delle prestazioni l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di Blue Assistance, tramite telefono (dall'Italia: numero verde 800-042042 – dall'estero: 0039-011-7425599) o posta elettronica (assistenza@blueassistance.it).

  La garanzia è regolamentata negli artt. dal 3.1 al 3.3 delle Condizioni Contrattuali.

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

  AVVERTENZA: le garanzie prevedono che la Società si faccia carico delle spese entro i massimali previsti dalle condizioni di polizza.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DEL MASSIMALE

Per calcolare l'indennizzo dovuto da Italiana Assicurazioni in caso di sinistro, occorre, una volta stabilito che il sinistro è coperto dall'assicurazione, tenere conto del massimale previsto per la garanzia coinvolta entro il quale Italiana Assicurazioni interviene.

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

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

4. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

AVVERTENZA: sono presenti nelle Condizioni Contrattuali della garanzia Dread Disease della Sezione Salute delle carenze, ovvero periodi di tempo che intercorrono tra la data di effetto dell'assicurazione e l'effettiva decorrenza della garanzia.
In proposito si veda l'Art. 2.1 lettera C) punto1 delle Condizioni Contrattuali.

5. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

Si sottolinea l'importanza delle DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio; queste dichiarazioni sono esposte sulla scheda di polizza.

AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione secondo l'Art. 1.1 "DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO" delle Condizioni Contrattuali e gli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

6. PREMI

Il pagamento del premio, salvo accordi tra le Parti, è annuale e la periodicità è indicata nella scheda di polizza.
Al termine di ogni scadenza prevista il Contraente è tenuto al pagamento del premio entro 30 giorni, fermo restando, al termine del contratto, quanto illustrato precedentemente in fatto di tacito rinnovo e disdetta.

È possibile pagare il premio nei seguenti modi:
- denaro contante, entro i limiti previsti dalla normativa in vigore;
- assegni bancari e circolari;
- bonifici bancari;
- bollettini postali;
- carte di debito/credito (in base alla vigente normativa).

7. RIVALSE

AVVERTENZA: la Società si riserva il diritto di rivalersi sul responsabile del sinistro tranne per i casi previsti dall'Art. 4.7 "Rinuncia alla rivalsa" delle Condizioni Contrattuali.

8. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno che decorre 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 (art. 2952 del Codice Civile).

9. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 180 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209 (di seguito Codice delle Assicurazioni Private), le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.
Italiana Assicurazioni S.p.A. propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legge italiana.

10. REGIME FISCALE

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

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. SINISTRI - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

I dettagli degli obblighi per l'Assicurato e delle istruzioni per la denuncia e per le procedure liquidative, sono descritti agli articoli:

- dal 2.3.1 al 2.3.3 per la garanzia "First Care"
- dal 3.3.1 al 3.3.6 per le garanzie "Case Management" e "Telemedicina".

AVVERTENZA: Il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi:

- **per la garanzia First Care, quanto descritto nelle singole prestazioni di cui all'art. 2.1. delle Condizioni Contrattuali;**
- **per le garanzie Case Management e Telemedicina, il sopravvenuto stato di non autosufficienza, nei termini previsti all'art. 3.3.3 delle Condizioni Contrattuali.**

AVVERTENZA: Le Condizioni Contrattuali prevedono che, in caso di sinistro, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa e fornire le informazioni richieste dalla stessa. Deve poi osservare alcune prescrizioni, descritte nelle Condizioni Contrattuali. Tra le altre, si evidenzia che l'Assicurato dovrà sottoporsi ad eventuali visite dei medici di Italiana Assicurazioni e fornire ai medici stessi o agli incaricati le informazioni ritenute necessarie, nonché a sciogliere dal segreto professionale, nei confronti di Italiana Assicurazioni e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato.
Si evidenzia che, per le garanzie Case Management e Telemedicina, l'Assicurato sarà tenuto a consentire eventuali visite dei medici di Italiana Assicurazioni ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari per la valutazione del danno. I dettagli delle istruzioni per la denuncia e per le richiesta di assistenza sono descritti negli artt. 2.3 e 3.3 "Gestione del sinistro".

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

12. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Benvenuti in Italiana" - Italiana Assicurazioni, via Marco Ulpio Traiano 18, 20149 Milano, Numero Verde 800 101313 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 02 39717001, e-mail: benvenutinitaliana@italiana.it.

La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano.

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

- via posta ordinaria all'indirizzo Via del Quirinale 21, 00187 Roma;
- via fax 06/42133353 oppure 06/42133745;
- via pec all'indirizzo ivass@pec.ivass.it;

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

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

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

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

Commissione di Garanzia dell'Assicurato
Nella continua attenzione verso i propri Clienti, Italiana Assicurazioni mette a disposizione un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino.
La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti della Società in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per la Società. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Italiana Assicurazioni, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.
Il ricorso deve essere proposto per iscritto inviando una e-mail all'indirizzo commissione.garanziaassicurato@italiana.it oppure una lettera alla sede della Commissione. Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.italiana.it.

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

13. ARBITRATO

AVVERTENZA: nel caso in cui per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti sia previsto l'arbitrato è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

GLOSSARIO

Il significato di alcuni termini di questa Nota Informativa e delle Condizioni Contrattuali è il seguente:

ASSICURATO
La persona protetta dall'assicurazione

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

BLUE ASSISTANCE
Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto di Italiana Assicurazioni, all'erogazione delle prestazioni e dei servizi di assistenza.

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

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

CONTRAENTE
La persona che stipula il contratto con 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.

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

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

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

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

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

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

NON AUTOSUFFICIENZA
Lo stato di non autosufficienza è accertato attraverso una valutazione a punteggio basata sull'incapacità presumibilmente permanente di compiere le attività elementari della vita quotidiana, quali **Vestirsi**, **Spostarsi**, **Lavarsi** e **Nutrirsi**, in eventuale combinazione con un **Deficit Cognitivo**, inteso come incapacità di svolgere le "attività cognitive" a seguito di causa organica identificabile.
Il grado di non autosufficienza fisica e/o cognitiva dell'Assicurato viene valutato mediante la "Tavola di valutazione della non autosufficienza" (Appendice 1). Per ciascuna attività è stata creata una scala di valori che va da un minimo di 0 ad un massimo di 15 punti. **Lo stato di non Autosufficienza è riconosciuto dalla Società quando il punteggio complessivo è almeno pari a 45.**

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

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

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

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

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

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.

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

SOCIETÀ
Italiana Assicurazioni S.p.A.

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

STRUTTURA SANITARIA
Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera.
Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.
Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

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

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

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale
Andrea Bertalot

DOMANI - CON TE

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Modello ASS20021 – Ed. 10/2016

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente Fascicolo Informativo modello ASS20021/FI, contenente le Condizioni Contrattuali e la Nota Informativa comprensiva del Glossario e della scheda di polizza modello ASS20020 riportante le somme assicurate.
Con la firma della scheda di polizza modello ASS20020 il Contraente approva le Condizioni Contrattuali previste nel presente Fascicolo Informativo modello ASS20021/FI.

ITALIANA ASSICURAZIONI

INTRODUZIONE Pag. 3

DEFINIZIONI Pag. 4

1. CONDIZIONI GENERALI Pag. 7
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO Pag. 7
1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE Pag. 7
1.3 TACITA PROROGA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE-DURATA DELL'ASSICURAZIONE Pag. 7
1.4 RINUNCIA ALLA RIVALSA Pag. 7
1.5 FORO COMPETENTE Pag. 7
1.6 ONERI FISCALI Pag. 7
1.7 ALTRE ASSICURAZIONI Pag. 7
1.8 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE Pag. 7
1.9 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE Pag. 7
1.10 CHI NON ASSICURIAMO Pag. 7
1.11 LIMITI DI ETÀ Pag. 8
1.12 ESTENSIONE TERRITORIALE Pag. 8

2. GARANZIA "FIRST CARE" Pag. 9
2.1 COSA ASSICURIAMO Pag. 9
2.2 COSA NON ASSICURIAMO Pag. 11
2.3 GESTIONE DEL SINISTRO Pag. 12
2.3.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO Pag. 12
2.3.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI Pag. 12
2.3.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE Pag. 12

3. GARANZIE "CASE MANAGEMENT" E "TELEMEDICINA" Pag. 13
3.1 COSA ASSICURIAMO Pag. 13
3.2 COSA NON ASSICURIAMO Pag. 18
3.3 GESTIONE DEL SINISTRO Pag. 19
3.3.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO Pag. 19
3.3.2 CRITERI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI Pag. 20
3.3.3 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA Pag. 20
3.3.4 EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI Pag. 20
3.3.5 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI Pag. 20
3.3.6 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE Pag. 20

4. ACCESSO AL NETWORK Pag. 21
4.1 OGGETTO Pag. 21
4.1 DIRITTI DELL'ASSICURATO Pag. 21

APPENDICE Pag. 22

TAVOLA DI VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA Pag. 22

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

INTRODUZIONE

DOMANI - CON TE è un prodotto Assistenza che può essere acquistato singolarmente o in abbinamento al prodotto Realmente Sereno del ramo Vita, che contiene prestazioni assicurative e servizi fruibili in caso di malattia o infortunio che possono compromettere in modo temporaneo o definitivo la salute e l'integrità fisica delle persone, come nel caso di una condizione di non autosufficienza accertata.
Tale prodotto si compone delle seguenti garanzie e servizi:
- First Care
- Case Management e Telemedicina
- Accesso al network

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

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

LE NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE sono norme comuni a tutte le Sezioni.

GARANZIA "FIRST CARE"

La garanzia contiene prestazioni e servizi che offrono un supporto per gestire le necessità e le urgenze che possono verificarsi nella vita quotidiana a seguito di malattia e/o infortunio, oppure in caso di ricovero.
Questa garanzia si compone delle seguenti prestazioni:
- Tutoring medico telefonico personalizzato
- Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto
- Invio di un fisioterapista
- Consegna spesa
- Assistenza domiciliare integrata
- Prelievo di campioni da analizzare e consegna referti
- Fornitura di attrezzatura medico-chirurgica
- Effettuazione di radiografie ed ecografie

GARANZIE "CASE MANAGEMENT" E "TELEMEDICINA"

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

Il prodotto Domani - *con te* garantisce e disciplina anche l'accesso alla rete convenzionata di strutture sanitarie, fisioterapisti e odontoiatri di Blue Assistance.

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

DEFINIZIONI

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

ASSICURATO
La persona protetta dall'assicurazione

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

BLUE ASSISTANCE
Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto di Italiana Assicurazioni, all'erogazione delle prestazioni e dei servizi di assistenza.

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

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

CONTRAENTE
La persona che stipula il contratto con 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.

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

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

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

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

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

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

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

NON AUTOSUFFICIENZA
Lo stato di non autosufficienza è accertato attraverso una valutazione a punteggio basata sull'incapacità presumibilmente permanente di compiere le attività elementari della vita quotidiana, quali **Vestirsi, Spostarsi, Lavarsi e Nutrirsi,** in eventuale combinazione con un **Deficit Cognitivo**, inteso come incapacità di svolgere le "attività cognitive" a seguito di causa organica identificabile.
Il grado di non autosufficienza fisica e/o cognitiva dell'Assicurato viene valutato mediante la "Tavola di valutazione della non autosufficienza" (Appendice 1). Per ciascuna attività è stata creata una scala di valori che va da un minimo di 0 ad un massimo di 15 punti. **Lo stato di non Autosufficienza è riconosciuto dalla Società quando il punteggio complessivo è almeno pari a 45.**

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

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

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

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

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

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.

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

SOCIETÀ
Italiana Assicurazioni S.p.A.

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

STRUTTURA SANITARIA
Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera.
Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.
Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

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

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

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

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

1. 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'erogazione delle prestazioni, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione** ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato 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 TACITA PROROGA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

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

1.4 RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

1.5 FORO COMPETENTE

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

1.6 ONERI FISCALI

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

1.7 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto 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.

1.8 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.9 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1.10 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.

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

1.11 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 71 anni, fermo restando un limite di età alla stipula dell'assicurazione di 70 anni. Le persone che raggiungono i 71 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio.

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

1.12 ESTENSIONE TERRITORIALE

Ove non diversamente esplicitato le prestazioni sono da intendersi valide nei seguenti paesi:
Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Stato della Città del Vaticano.

Le prestazioni valide in Europa, ove esplicitamente indicato, si intendono operanti nei seguenti Paesi:
Albania, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia – Erzegovina, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca continentale, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Islanda, Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Moldavia, Montenegro, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo continentale, Principato di Monaco, Regno Unito, Repubblica Ceca, Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino, Romania, Russia europea, Serbia, Slovacchia, Slovenia, Spagna continentale e Isole del Mediterraneo, Stato della Città del Vaticano, Svezia, Svizzera, Turchia europea, Ucraina e Ungheria.

Le prestazioni operanti in tutto il Mondo, ove esplicitamente indicato, non sono erogate nei Paesi che si trovino in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto.

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

2. GARANZIA "FIRST CARE"

2.1 COSA ASSICURIAMO

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

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

A) INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

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

1 Tutoring medico telefonico personalizzato

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

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

Il servizio è attivabile una sola volta per annualità assicurativa e per un massimo di 30 giorni consecutivi.

B) PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

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

1 Invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto

Qualora l'Assicurato, nei 90 giorni successivi alla dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, **debba effettuare una o più visite di controllo, terapie o esami diagnostici** in una struttura sanitaria, **come certificato da prescrizione medica,** in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, **nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario,** provvede a inviare un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria residenza alla struttura sanitaria interessata, tenendone il costo a carico della Società **fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.**

2 Invio di un fisioterapista

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

3 Consegna spesa

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, **che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica** – la Centrale Operativa provvede a garantire, **per un periodo massimo di 90 giorni successivi all'evento,** la consegna di generi alimentari o di prima necessità.

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

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito.
La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - fino a due volte la settimana, previo accordo con l'Assicurato.
L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico 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.

C) GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'Assicurato o un suo familiare. Ad esempio invio di un operatore sociosanitario che supporti l'Assicurato nello svolgimento delle attività primarie, come l'alimentazione e la comunicazione, alleviando il disagio dell'intero nucleo familiare.
È importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

1 Assistenza domiciliare integrata

Qualora l'Assicurato necessiti di assistenza sociosanitaria, come certificato da un medico specialista, oppure a seguito di ricovero per infortunio o malattia **di durata non inferiore a 3 giorni**, come indicato nella cartella clinica di dimissioni rilasciata dalla struttura sanitaria, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario**, provvederà ad inviare:

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

L'Assistenza domiciliare integrata è operativa **a partire dal 30° giorno successivo alla sottoscrizione dell'assicurazione, se attivata a seguito di malattia.**
Le prestazioni erogabili presso la residenza sono operative dietro presentazione della cartella clinica, o della dichiarazione di un medico specialista attestante la necessità di assistenza medico-infermieristica domiciliare e/o l'impossibilità fisica a compiere, senza l'assistenza di terzi, **una o più** attività della vita quotidiana, **come lavarsi, alimentarsi, spostarsi, vestirsi.**
Le prestazioni sono attivabili una sola volta per annualità assicurativa.

2 Prelievo di campioni da analizzare e consegna referti

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, per infortunio o malattia **certificati dal medico curante**, e sia richiesta l'effettuazione di prelievi necessari per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno dei conviventi possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, **compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie**, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la residenza dell'Assicurato, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.
Nel caso in cui il prelievo non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede a organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura o autoambulanza.
Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.
Tale prestazione è operativa fino a 3 volte per annualità assicurativa.

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

3 Fornitura di attrezzatura medico-chirurgica
Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:
- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito

la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, **sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro**, tenendo il costo a carico 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 € 500 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'Assicurato stesso.
Tale prestazione è operativa fino a 3 volte per annualità assicurativa.

4 Effettuazione di Radiografie ed Ecografie
Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza **per gravi motivi di salute certificati dal medico curante** e sia richiesta l'effettuazione presso la sua residenza di una radiografia e/o di una ecografia, la Centrale Operativa, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede ad organizzare l'effettuazione dell'esame diagnostico e la successiva consegna del referto all'Assicurato stesso.
Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura o autoambulanza.
Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.
Tale prestazione è operativa fino a 3 volte per annualità assicurativa.

2.2 COSA NON ASSICURIAMO

La Società non eroga le prestazioni qualora il sinistro sia conseguenza diretta o indiretta di:
- **stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;**
- **eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;**
- **atti dolosi compiuti o tentati dell'Assicurato;**
- **malattie, infortuni e/o disturbi in atto al momento della decorrenza della polizza e noti all'Assicurato;**
- **uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;**
- **ubriachezza accertata;**
- **infortuni derivanti dalla pratica di:**
  - **sport aerei in genere;**
  - **partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore o natanti**
- **infortuni derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).**

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

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

2.3 GESTIONE DEL SINISTRO

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

- **telefono, ai numeri**

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-042042	+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.

2.3.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per attivare la garanzia l'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa e deve inoltre:
- **fornire ogni informazione e documentazione richiesta dalla Centrale Operativa;**
- **sottoporsi agli accertamenti medici** eventualmente richiesti dalla Centrale Operativa;
- **produrre,** se richiesta dalla Centrale Operativa, **copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo da essa dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti 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.

2.3.2 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.

2.3.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

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

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

3. GARANZIE "CASE MANAGEMENT" E "TELEMEDICINA"

3.1 COSA ASSICURIAMO

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

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

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

In caso di perdita dell'autosufficienza, riconosciuta secondo le modalità previste all'art 3.3.3 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA la Società garantisce le prestazioni elencate nella garanzia "First Care", intendendo la non autosufficienza accertata come condizione sufficiente per l'erogazione delle prestazioni, entro i limiti previsti dalle stesse.
Inoltre la Società offre le seguenti prestazioni:

CASE MANAGEMENT

A. VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE

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

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

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

B. TUTOR MEDICO DI BLUE ASSISTANCE

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

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

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

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

1. SERVIZI DI CONSULENZA E TUTORING

La fase di tutoring personalizzato prevede l'assistenza e consulenza da parte del tutor medico di Blue Assistance che procederà ad espletare le seguenti attività:

- un'intervista telefonica e l'acquisizione di tutta la documentazione del caso clinico, un costante monitoraggio telefonico dell'Assicurato, tenendosi in contatto con i medici della struttura sanitaria qualora questi sia ricoverato, oppure con il medico curante, qualora l'Assicurato si trovi a casa, predisponendo un rendiconto ai familiari;
- consulenza medica telefonica e online (email/video);
- tutoring sule strutture sanitarie e sul sistema socio-sanitario.

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

Il Tutor di Blue Assistance, in riferimento all'evento coperto dalla garanzia, provvede a fornire le indicazioni richieste in materia di:

1.1 SEGNALAZIONE STRUTTURE SANITARIE SPECIALIZZATE

Il Tutor di Blue Assistance dell'Equipe di medici consulenti della Centrale Operativa, grazie ad un'intervista telefonica e all'eventuale acquisizione di documenti clinici, approfondisce il caso medico dell'Assicurato. Dopo la fase di valutazione personalizzata, della durata massima di 48 ore, il Tutor ricontatta l'Assicurato o la sua famiglia fornendo indicazioni sulle strutture sanitarie più idonee al caso e che risultano specializzate e all'avanguardia nello studio e nella cura medico-terapeutica.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di accesso alle strutture sanitarie.

1.2 SISTEMA SOCIO-SANITARIO E ASSISTENZIALE

Il Tutor di Blue Assistance supporta l'Assicurato e la sua famiglia nel reperimento delle informazioni sulle prestazioni messe a disposizione dal sistema pubblico italiano in materia socio-sanitaria e assistenziale (come ad esempio indennità, esenzioni, tutela della mobilità, etc.). Il tutor fornisce:

- mappatura delle strutture per la riabilitazione e assistenziali accessibili tramite il Servizio Sanitario Nazionale;
- reperimento di strutture di alta specializzazione nel mondo;
- ricerca e prenotazione di prestazioni specialistiche eseguibili dal network sanitario (alta specializzazione in diagnosi o terapia, strumenti e applicazioni diagnostiche e chirurgiche, eccellenze sanitarie per ricerche, studi, metodi...);
- valutazioni sul piano protesico (consulenza sulle caratteristiche della protesi adatta al singolo caso);
- valutazione dell'opportunità dei sistemi di domotica e individuazione dei dispositivi più adatti per il singolo caso;

L'Assicurato, o un suo famigliare, che ne fa richiesta viene messo in contatto con l'Equipe di medici e tecnici consulenti di Blue Assistance per un'intervista telefonica e l'eventuale acquisizione di documenti utili ad approfondire il caso clinico. Compatibilmente con i tempi necessari per la valutazione del caso specifico, il Tutor incaricato fornisce all'Assicurato i riferimenti degli uffici e delle procedure da seguire per le prestazioni individuate.

Il servizio è fornito con riferimento alle prestazioni, regole e limiti previsti dalla normativa vigente in materia di assistenza pubblica.

Resta a carico dell'Assicurato l'attivazione degli enti competenti ed il costo per la gestione delle pratiche necessarie.

C. PIANO DI ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE

La fase di valutazione multidisciplinare consente di elaborare un progetto temporaneo di assistenza personalizzata che comprende una serie di prestazioni di assistenza alla persona, studiate e formulate dal Tutor Medico di Blue secondo criteri di utilità e appropriatezza per lo specifico caso di non autosufficienza e l'orientamento rispetto alle visite specialistiche e agli esami diagnostici più idonei.

Il Piano sarà consegnato all'Assicurato e ai suoi familiari che potranno attivarlo, parzialmente o in integralmente, entro i limiti temporali stabiliti dal tutor medico, e in ogni caso entro 180 giorni dalla data di consegna.

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

D. EROGAZIONE DEL PIANO

Le prestazioni del Piano di Assistenza Multidisciplinare garantite dalla presente sezione sono:

1. VALUTAZIONE PSICOLOGICA E PIANO DI SUPPORTO PSICOTERAPEUTICO

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

2. ORIENTAMENTO E COUNSELING PER I FAMILIARI

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

3. SECOND OPINION

Per attivare la Second Opinion, se prevista dal Piano di Assistenza Multidisciplinare, l'Assicurato disporrà l'inoltro, a sue spese e cura, di tutta la documentazione (cartella clinica o documentazione medica equipollente, esiti di esami diagnostici, referti di visite specialistiche, immagini radiografiche o quant'altro necessario), alla Centrale Operativa di Blue Assistance.
Una volta raccolta e visionata la documentazione, i medici della Centrale Operativa provvederanno a:

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

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

4. CONSEGNA DOCUMENTI E SUPPORTO PER DISBRIGO PRATICHE

Qualora la prestazione sia prevista nel Piano di Assistenza Multidisciplinare e l'Assicurato abbia la necessità di effettuare pagamenti (es. bollette, tasse e imposte), far recapitare, spedire o ritirare certificati, ricevute di pagamento e documenti **che rivestano un oggettivo carattere di urgenza**, la Centrale Operativa per un periodo di 90 giorni successivi alla data di consegna del Piano, provvede, tramite un proprio incaricato di fiducia, a supportare l'Assicurato nel disbrigo delle suddette pratiche.
L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei pagamenti da effettuare e/o dei documenti da spedire o ritirare, indicando il luogo presso cui recapitarli o prenderli in consegna.
Il disbrigo pratiche e/o la consegna potranno avvenire - **nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce**

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

orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto degli orari d'apertura e chiusura degli uffici. L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Società.
Restano a carico dell'Assicurato gli importi oggetto del pagamento e i costi di spedizione.

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

6. TRASFERIMENTO IN STRUTTURE SANITARIE SPECIALIZZATE
Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria specializzata per essere ricoverato, la Centrale Operativa e il tutor medico, **d'intesa con il medico curante**, provvedono a:
- individuare e prenotare la struttura sanitaria specializzata, in Italia o all'estero;
- organizzare i contatti medici con la struttura sanitaria;
- trasferire l'Assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
  - aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);
  - aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
  - treno prima classe;
  - autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;

tenendone il costo a carico della Società.
La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima dell'effetto dell'assicurazione, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana. La prestazione è fornita nel mondo intero, ad eccezione dei Paesi in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto.

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

8. INTERPRETE ALL'ESTERO (PER RICOVERO IN STRUTTURE SPECIALIZZATE)
Qualora l'Assicurato debba essere ricoverato all'estero in una struttura sanitaria, e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio d'informazioni tra l'Assicurato stesso ed i medici che lo hanno in cura, la Centrale Operativa, **compatibilmente con le disponibilità locali**, provvede a reperirlo ed inviarlo sul posto.
La prestazione opera **fino alla concorrenza di € 500,00 per annualità assicurativa.**

9. CONSULENZA PER RIADATTAMENTO ABITAZIONE E INTERVENTI ARCHITETTONICI/IMMOBILIARI
Qualora a seguito della valutazione multidisciplinare, sia accertata l'incompatibilità dell'ambiente abitativo con la condizione di non autosufficienza dell'Assicurato, su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa provvede a reperire un architetto che fornisca una consulenza sui lavori da eseguire per il riadattamento dell'abitazione e per la rimozione delle barriere architettoniche.

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

In alternativa, potrà essere fornita all'Assicurato una consulenza immobiliare o un aiuto per la ricerca e la permuta di una nuova abitazione, adatta alle condizioni fisiche.
Resta a carico dell'Assicurato il costo della consulenza.

10. SUPPORTO PER ADATTAMENTO VEICOLO
Qualora a seguito della valutazione multidisciplinare, sia accertata l'incompatibilità del proprio veicolo con la condizione di non autosufficienza dell'Assicurato, su richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede a reperire le informazioni tecnico-economiche per la scelta di un veicolo adatto alle nuove condizioni fisiche.
Restano a carico dell'Assicurato le spese per l'eventuale adattamento e acquisto.

TELEMEDICINA

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

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

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

A. PRESTAZIONI PREVISTE NEL SERVIZIO DI TELEMEDICINA

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

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

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

2. SERVIZIO ALERT PARAMETRI MEDICI
Al momento dell'attivazione, salvo diversa indicazione medica, il sistema fissa in modo automatico, sulla base degli standard medici, il limite minimo e massimo delle diverse misurazioni. Qualora la misurazione fuoriesca dai limiti stabiliti, il sistema attiverà un "Alert" in Struttura organizzativa a seguito del quale l'equipe medica di consulenti della Struttura Organizzativa si metterà in contatto con l'Assicurato tramite

il mezzo più idoneo (cellulare/telefono casa, ecc.) per concordare gli interventi più appropriati. La prestazione è fornita in via illimitata nel periodo di durata del servizio.

3. CONSULTI MEDICI IN VIDEO CONFERENZA

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

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

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

B. COSTO DELLA PRESTAZIONE

La Società tiene a proprio carico tutte le spese relative all'organizzazione e alla gestione del servizio di Telemedicina attraverso il kit.

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

C. DURATA DEL SERVIZIO DI TELEMEDICINA

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

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

3.2 COSA NON ASSICURIAMO

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

A. partecipazione dell'Assicurato ad attività/delitti dolosi;

B. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e l'evento assicurato avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;

C. eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti salvo le conseguenze subite come paziente per applicazioni radioterapiche;

D. guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;

E. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;

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

F. malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima dell'effetto dell'assicurazione, noti all'Assicurato;
G. danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
H. abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
I. infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili;
J. infortuni derivanti dalla pratica di:
- **sport aerei in genere;**
- **partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore o natanti;**

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

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

3.3 GESTIONE DEL SINISTRO

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

- **telefono, ai numeri**

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-042042	+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.

3.3.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

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

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

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.

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

Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste dalla Società sono a carico dell'Assicurato.

3.3.2 CRITERI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

3.3.3 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

La Società si impegna ad effettuare gli accertamenti sul dichiarato stato di non autosufficienza entro 180 giorni dalla ricezione della documentazione completa.
Entro tale periodo la Società si riserva il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico; in caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, le prestazioni previste in polizza non verranno erogate.
L'accertamento dello stato di non autosufficienza implica, per l'Assicurato divenuto non autosufficiente, l'annullamento contrattuale e il termine del pagamento dei premi alla scadenza anniversaria.

3.3.4 EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

3.3.5 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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.

3.3.6 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 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.

4. ACCESSO AL NETWORK

Il servizio consente l'accesso ai network sanitari convenzionati con Blue Assistance attraverso la propria Area Riservata sul sito della Compagnia e prevede la possibilità, per l'iscritto e per il suo nucleo familiare, di accedere a 3 tipologie di network sanitari, ottenendo delle prestazioni a tariffe agevolate. Inoltre garantisce l'accesso al tool "check-up", che consiglia, in base ad una profilazione effettuata per età e sesso, gli esami da eseguire.

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:

- prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati;
- prestazioni mediche rese dal network di centri medici convenzionati;
- prestazioni fisioterapiche rese dal network di fisioterapisti convenzionati.

4.2 DIRITTI DELL'ASSICURATO

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

Resta inteso che:

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

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

APPENDICE 1

TAVOLA DI VALUTAZIONE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

	0 punti	5 punti	10 punti	15 punti
4. Nutrirsi	L'Assicurato **è in grado** di consumare bevande e/o cibi preparati e serviti	L'Assicurato **è in grado** di consumare bevande e/o cibi preparati e serviti **ma non è in grado** di tagliare e/o sminuzzare il cibo	L'Assicurato **è in grado** di consumare bevande e/o cibi preparati e serviti **ma non è in grado** di utilizzare in modo appropriato posate né di bere in modo appropriato da un bicchiere e/o da una tazza	L'Assicurato **non è in grado** né di bere né di mangiare senza l'assistenza di un'altra persona, neppure con il supporto di ausili alla non autosufficienza e/o impianti specifici per disabilità motorie e funzionali
5. Deficit Cognitivo	Assenza di diagnosi di malattia organica progressiva del cervello	Un medico specialista adeguatamente qualificato (ad esempio: neurologo e/o geriatra) **ha diagnosticato** all'Assicurato una malattia organica progressiva del cervello chiaramente identificata	L'Assicurato **non è in grado** di svolgere permanentemente e continuativamente 3 delle 6 "attività cognitive" riportate nella "Tabella delle attività cognitive" sotto allegata. Il deterioramento delle facoltà mentali deve essere conseguenza unica e diretta della malattia organica progressiva del cervello chiaramente identificata e diagnosticata	L'Assicurato **non è in grado** di svolgere permanentemente e continuativamente almeno 4 delle 6 "attività cognitive" riportate nella "Tabella delle attività cognitive" sotto allegata. Il deterioramento delle facoltà mentali deve essere conseguenza unica e diretta della malattia organica progressiva del cervello chiaramente identificata e diagnosticata

TABELLA DELLE "ATTIVITÀ COGNITIVE"

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

Capacità di utilizzare il telefono intesa come capacità di
- Utilizzare il telefono di propria iniziativa e
- Cercare il numero desiderato e
- Comporre il numero desiderato e
- Rispondere al telefono, avere una conversazione telefonica e ricordare che la telefonata sia avvenuta

Capacità di fare la spesa intesa come capacità di
- Dettare e/o riferire una lista della spesa ragionevole ossia in linea con le abitudini di vita e
- Associare gli oggetti acquistati a quanto riportato sulla lista della spesa

Capacità di preparare il cibo intesa come
- Capacità di spiegare il processo di preparazione di un piatto semplice, ad esempio un panino e
- Consumare pasti regolari, ossia in linea con le abitudini di vita, senza essere sollecitati

Capacità di viaggiare intesa come capacità di
- Ricordare numero/linea e fermata di un mezzo di trasporto pubblico usato abitualmente e
- Comprendere e ricordare il percorso per raggiungere una destinazione nota e vicina

Capacità di auto somministrazione della terapia farmacologica intesa come capacità di
- Assumere la terapia farmacologica nei modi e nei tempi prescritti dal medico con l'eventuale ausilio di allarmi e/o sveglie

Capacità di gestione delle finanze intesa come capacità di
- Riconoscere banconote e/o monete e/o assegni attribuendo loro il giusto valore economico e
- Fare semplici operazioni di somme e sottrazioni

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. ASS20021

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

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

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) - Tel +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - 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.