Antivirus

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER IL RIMBORSO DELLE SPESE SANITARIE.

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.

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

ANTIVIRUS

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Modello INF54241 - Ed. 04/2017

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente libretto modello INF54241, dalla scheda di polizza per la forma a durata limitata modello INF54240 oppure dalla scheda di polizza per la forma a vita intera modello INF54240/1 riportanti le somme assicurate, assieme formano il contratto di assicurazione.
Con la firma della scheda di polizza modello INF54240 oppure INF54240/1 il Contraente approva le condizioni contrattuali previste nel presente libretto modello INF54241.

GARANZIE

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alle garanzie:
- **Completa**
- **Grandi Patologie**
- **Diagnostica**
- **Specialistica**
- **Assistenza**

Sono operanti le garanzie ed i relativi importi espressamente indicati nelle schede di polizza modello INF54240 oppure INF54240/1.

ITALIANA ASSICURAZIONI

DEFINIZIONI pag. 4

CONDIZIONI GENERALI pag. 7
Delimitazioni di garanzia pag. 9

SEZIONE RIMBORSO SPESE SANITARIE pag. 10
Condizioni Comuni pag. 10
Cosa assicuriamo pag. 11
Come avviene la liquidazione del sinistro pag. 15

SEZIONE ASSISTENZA pag. 20
Cosa assicuriamo pag. 20
Delimitazioni di garanzia pag. 23
Gestione del sinistro pag. 23

APPENDICE 1 – Limiti di Rimborso pag. 24

APPENDICE 2 – Gravi malattie – Interventi di alta chirurgia pag. 27

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

DEFINIZIONI

ASSICURATO
La persona protetta dall'assicurazione.

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

BLUE ASSISTANCE S.P.A.
La Società che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati e provvede, per conto di Italiana Assicurazioni S.p.A., al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati e al rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con le strutture sanitarie.

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 avente la natura di atto pubblico redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in luogo di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

CENTRI DIAGNOSTICI
Strutture poliambulatoriali regolarmente autorizzate per le indagini diagnostiche.

CENTRALE OPERATIVA
La struttura di Blue Assistance S.p.A., società di servizi facente parte del Gruppo Reale Mutua.
La Centrale Operativa organizza ed eroga i servizi e le prestazioni previsti in polizza.

CICLO DI TRATTAMENTI / CICLO DI CURA
Ripetizione di una medesima prestazione relativa ad una stessa patologia, contenuta in un'unica prescrizione medico specialistica.

CONTRAENTE
La persona, fisica o giuridica, che stipula il contratto con Italiana Assicurazioni.

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

GRAVI MALATTIE
Le malattie indicate nell'Appendice 2.

INDENNIZZO
La somma dovuta da Italiana Assicurazioni in caso di sinistro.

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

INTERVENTO CHIRURGICO
Provvedimento terapeutico attuato con manovre manuali o strumentali, cruente, eseguito anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante.
Sono considerati interventi chirurgici anche la litotripsia, la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura, le biopsie e le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.

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

INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA
Gli interventi chirurgici elencati nell'Appendice 2.

LUOGO DI CURA
Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera.
Non sono considerati luoghi di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

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
Per le polizze a vita intera la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e per persona, Italiana Assicurazioni presta la garanzia.
Per le polizze a durata limitata la somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e per nucleo assicurato, Italiana Assicurazioni presta la garanzia.

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

PAGAMENTO DIRETTO
Modalità di indennizzo, che prevede il pagamento effettuato da Blue Assistance S.p.A., per conto di Italiana Assicurazioni S.p.A., direttamente alle strutture sanitarie e medici entrambi convenzionati, senza oneri a carico dell'Assicurato, entro il massimale e i limiti contrattualmente previsti, subordinata al rispetto della procedura di attivazione prevista in polizza.

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

PRESA IN CARICO
Atto di Blue Assistance di avvio della procedura di pagamento diretto, in nome e per conto dell'Assicurato, delle spese indennizzabili per prestazioni effettuate dalle strutture sanitarie e medici entrambi convenzionati.

QUESTIONARIO
Documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà.

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

RICOVERO - DEGENZA
Permanenza in luogo di cura con o senza pernottamento, documentata da relativa cartella clinica.

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

SCHEDA DI POLIZZA
Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione della polizza, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i dati identificativi del rischio assicurato e la sottoscrizione delle parti.
Mod. INF54240 (Rimborso Spese Sanitarie di durata limitata)
Mod. INF54240/1 (Rimborso Spese Sanitarie a vita intera)

SINISTRO
Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.
Per la Sezione Rimborso Spese Sanitarie si considerano sinistro: il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero, il ricovero domiciliare o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie assicurate.

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 (marconiterapia, 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.

ZONA
Insieme di province ai fini della classificazione dei luoghi di effettuazione del ricovero, della degenza, dell'intervento chirurgico.

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

CONDIZIONI GENERALI

1.1 PAGAMENTO DEL PREMIO

EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Se il Contraente non paga il premio entro 60 giorni dalla scadenza di ogni rata del contratto, i termini di decorrenza della garanzia di cui al punto 2.2 riprendono il loro effetto dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato il premio.

1.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

A Per le polizze a vita intera la scadenza contrattuale è quella indicata nella scheda di polizza. Italiana Assicurazioni, oltre la "scadenza del contratto", si impegna a rinnovare annualmente l'assicurazione per tutta la vita dell'Assicurato, salvo quanto previsto al punto 1.4.

B Ferma la facoltà del Contraente in caso di durata poliennale di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di 60 giorni, per le polizze di durata limitata l'assicurazione cessa alla "scadenza del contratto" indicata nella scheda di polizza, senza necessità di disdetta.

1.3 RINUNCIA AL CONTRATTO DA PARTE DEL CONTRAENTE

Per le polizze a vita intera il Contraente può recedere dal contratto inviando lettera raccomandata a Italiana Assicurazioni almeno 30 giorni prima della "scadenza del contratto" indicata nella scheda di polizza e, successivamente, ad ogni scadenza annuale sempre entro i termini di preavviso sopra previsti. Inoltre, in caso di durata poliennale, il Contraente ha facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di 60 giorni.

In assenza di disdetta la garanzia si intende rinnovata. L'operatività della Sezione Assistenza è subordinata alla Sezione Rimborso Spese Sanitarie, in mancanza delle quali l'assicurazione cessa automaticamente.

1.4 UNICI CASI IN CUI ITALIANA ASSICURAZIONI PUÒ RECEDERE DAL CONTRATTO

Per le polizze a vita intera, ferma restando l'operatività del punto 1.9, Italiana Assicurazioni può risolvere il contratto unicamente in caso di:

- **mancata accettazione da parte del Contraente del nuovo premio richiesto ai sensi dei punti 1.5 e 1.6 ultimo comma;**
- **rinuncia del Contraente all'assicurazione di una o più delle persone assicurate;**
- **cessazione dell'esercizio dei Rami Malattia o Assistenza.**

L'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Italiana Assicurazioni.

1.5 VARIAZIONE DEL PREMIO

Italiana Assicurazioni, per le polizze a vita intera, si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie al verificarsi di una evoluzione consistente del rischio rispetto alle basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. L'eventuale variazione del premio riguarderà l'intera categoria di contratti emessi alle medesime condizioni e avverrà mediante la sostituzione della polizza in corso.

In tal caso Italiana Assicurazioni comunica al Contraente, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa, il nuovo premio da pagare per l'annualità successiva. In assenza di tale comunicazione, la polizza si intende rinnovata ad un premio corrispondente a quello precedentemente pagato, indicizzato ai sensi del punto 1.6.

Si conviene comunque che il premio rimane invariato, salva l'indicizzazione, fino alla data indicata nella scheda di polizza come "scadenza del contratto".

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

1.6 INDICIZZAZIONE

Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, la polizza è indicizzata 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:

1) 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;
2) 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;
3) 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:

a) i valori ed i limiti delle prestazioni espressi in euro, escluso le franchigie, saranno adeguati ogni mese; pertanto in caso di sinistro, si procederà alla valutazione del danno con riferimento a tali parametri rivalutati in relazione al rapporto tra "INDICE DI ACCADIMENTO" e "INDICE BASE";
b) il premio di polizza è invece aumentato solamente 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".

Limitatamente alle polizze di durata limitata, non subirà adeguamento invece l'eventuale franchigia di cui all'Art. 2.3 lettera M.

Viene fatta salva la facoltà da parte di Italiana Assicurazioni, 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 delle prestazioni e del premio.
In tal caso Italiana Assicurazioni comunica la variazione al Contraente, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

1.7 CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra l'Assicurato e Italiana Assicurazioni, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I primi due componenti del Collegio saranno designati dall'Assicurato e da Italiana Assicurazioni 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 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Italiana Assicurazioni rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia esclusivamente per la garanzia "Indennità sostitutiva del rimborso".

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

DELIMITAZIONI DI GARANZIA

1.9 CHI NON ASSICURIAMO

Italiana Assicurazioni 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 da Italiana Assicurazioni.

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

1.10 COSA NON ASSICURIAMO

Italiana Assicurazioni non riconosce le prestazioni assicurate per:

A. infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove;

B. infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, ricoveri determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;

C. 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,

D. malformazioni o difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza, salvo quanto previsto per il neonato al punto 2.3 I;

E. patologie psichiatriche o psicologiche e loro conseguenze;

F. prestazioni aventi finalità estetiche, salvo quanto previsto al punto 2.3 A b., **dietologiche e fitoterapiche;**

G. check-up di medicina preventiva salvo quanto previsto al punto 2.3 H;

H. occhiali e lenti a contatto (ad eccezione delle I.O.L. - cristallino artificiale)**; interventi chirurgici per la correzione di miopia, astigmatismo miopico, ipermetropia;**

I. parodontopatie, cure e protesi dentarie, salvo quanto previsto al punto 2.3 A f.;

L. aborto volontario non terapeutico;

M. infertilità, sterilità, impotenza;

N. sieropositività da virus H.I.V.;

O. 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;**
- **movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano;**

P. 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.

SEZIONE RIMBORSO SPESE SANITARIE

CONDIZIONI COMUNI

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni rese, senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute, nel questionario sanitario Mod. INF54363 propedeutico alla stipulazione del contratto.
Per la sola garanzia Grandi Patologie non è richiesta la compilazione del questionario da parte dell'Assicurato, **ferme restando le esclusioni del punto 1.10.**

2.1 PREMESSA

Blue Assistance S.p.A. è la società che provvede, per conto di Italiana Assicurazioni, alla liquidazione dei sinistri secondo le modalità previste in polizza. Gestisce inoltre le convenzioni ed i rapporti con le strutture sanitarie che ha selezionato in Italia ed all'estero.
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.
Per i contratti a vita intera il massimale è per persona e per anno assicurativo mentre per i contratti di durata limitata il massimale è per nucleo assicurato e per anno assicurativo, salvo diversa pattuizione che dovrà però apparire espressamente negli atti contrattuali. Tale norma è indicata nelle rispettive schede di polizza.
L'Assicurato può scegliere di avvalersi di medici e strutture sanitarie entrambi convenzionati oppure di scegliere al di fuori di esse; nei punti successivi sono illustrati gli effetti che questa scelta comporta sul risarcimento del sinistro.

A. L'Assicurato può scegliere di avvalersi di strutture sanitarie e medici chirurghi entrambi convenzionati con Blue Assistance S.p.A.. In questo caso Italiana Assicurazioni **paga direttamente** le prestazioni erogate all'Assicurato, **fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza**, senza detrazione di alcuno scoperto.

B. L'Assicurato può scegliere di avvalersi di un regime misto che può prevedere l'utilizzo di:
- medici e strutture sanitarie non convenzionati con Blue Assistance,
- medici non convenzionati presso strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance.

In questi casi Italiana Assicurazioni, **fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di polizza:**

a) rimborsa quanto dovuto ai sensi di polizza nella misura dell' 80%, con eccezione di quanto previsto:
- al punto 2.3 B – Parto naturale e parto cesareo;
- al punto 2.5 Garanzia Diagnostica;
- al punto 2.6 Garanzia Specialistica;

e **di quanto previsto ai successivi punti b), c), d) ed e);**

b) paga direttamente le prestazioni erogate all'Assicurato dalle strutture sanitarie convenzionate, senza detrazione di alcuno scoperto;

c) rimborsa le spese per l'intera équipe medico chirurgica anestesiologica che effettua gli interventi chirurgici elencati nell'Appendice 1, fino alla concorrenza dei limiti per sinistro e per zona indicati nella stessa Appendice 1, ed integralmente quanto dovuto alla struttura sanitaria, anche non convenzionata;

d) rimborsa le spese per l'intera équipe medica che presta assistenza, in caso di ricovero senza intervento chirurgico, fino a:
- **€ 250 al giorno per il 1° giorno di assistenza,**
- **€ 150 al giorno dal 2° al 10° giorno di assistenza;**
- **€ 100 al giorno dall'11° giorno di assistenza,**

ed integralmente quanto dovuto alla struttura sanitaria, anche non convenzionata;

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

e) rimborsa le spese per l'intera équipe medica che presta assistenza medico anestesiologica in terapia intensiva / subintensiva o unità coronarica, fino a:
- **€ 375 al giorno per la terapia subintensiva,**
- **€ 750 al giorno per la terapia intensiva o unità coronarica,**

ed integralmente quanto dovuto alla struttura sanitaria, anche non convenzionata.

2.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA

Fermo quanto previsto al punto 2.3 N (patologie speciali), a quanto previsto in caso di disciplina della garanzia in caso di polizze emesse in sostituzione di precedenti ed a quanto previsto per le esclusioni del punto 1.10, 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 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.

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

In caso di ricovero 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.

COSA ASSICURIAMO

Italiana Assicurazioni presta le garanzie sottoindicate solo se esplicitamente richiamate nella scheda di polizza.

2.3 GARANZIA COMPLETA

A RICOVERO – INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero o di intervento chirurgico resi necessari da malattia o da infortunio, Italiana Assicurazioni paga le spese sostenute dall'Assicurato per:

a. rette di degenza;
b. intervento chirurgico; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, Italiana Assicurazioni paga le spese per il loro acquisto **con il massimo di € 5.000 per sinistro.**
   Sono comprese le spese per l'utilizzo di apparecchiature robotiche e relativi materiali, eventualmente utilizzati durante l'intervento, **fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro**.
   Sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da infortunio **purchè comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico;**
c. assistenza medica ed infermieristica, cure **(con il massimo, per la dialisi, di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona)**, trattamenti di fisiokinesiterapia, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, accertamenti diagnostici, durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
d. visite specialistiche, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), trattamenti di fisiokinesiterapia, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, **nei 60 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico e purchè dette prestazioni siano ad essi inerenti;**
e. cure termali praticate in conseguenza del ricovero o dell'intervento chirurgico **nei 120 giorni successivi, con esclusione delle spese alberghiere;**

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

f. cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di infortunio **comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico, con il massimo di € 5.500 per le protesi;**
g. vitto e pernottamento dell'accompagnatore nel luogo di cura o, in caso di provata indisponibilità della struttura ospedaliera, in struttura alberghiera, **con il massimo di € 2.500 per sinistro e solo in caso di ricovero avvenuto fuori dalla Regione di residenza dell'Assicurato;**
h. trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo al luogo di cura, da un luogo di cura ad un altro e, **se richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, con il massimo di € 2.500 per sinistro.**

B PARTO NATURALE E PARTO CESAREO

a. In caso di ricovero per parto naturale, aborto spontaneo, post traumatico e terapeutico Italiana Assicurazioni paga, **nel limite di € 3.500 per evento**, le spese di cui sopra, comprese quelle per l'assistenza ostetricia durante il ricovero.
Italiana Assicurazioni non paga le spese precedenti e successive al ricovero previste dal punto 2.3 A d..
Qualora il ricovero sia interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale o il parto avvenga a domicilio, Italiana Assicurazioni corrisponde un indennizzo forfettario di € 1.000;
b. in caso di parto con taglio cesareo Italiana Assicurazioni paga:
   - in assenza di parti cesarei precedenti alla decorrenza contrattuale **nel limite di € 7.000 per evento**, questo limite non si applica nel caso in cui l'Assicurata ricorra a strutture sanitarie e medici convenzionati con Blue Assistance S.p.A..
   Italiana Assicurazioni non paga le spese precedenti e successive al ricovero previste dal punto 2.3 A d..
   Qualora le prestazioni sanitarie siano interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposto un indennizzo forfettario pari a € 1.500;
   - in presenza di parti cesarei precedenti alla decorrenza contrattuale, **nel limite ed alle condizioni previste per il parto naturale di cui al precedente punto a. (€ 3.500).**

C RICOVERO ALL'ESTERO

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

D TRAPIANTO DI ORGANI

Italiana Assicurazioni paga le spese indennizzabili sostenute per il trapianto di organi, sia quando l'Assicurato è donatore vivente sia quando è ricevente. Se l'Assicurato è ricevente Italiana Assicurazioni paga anche le spese per il prelievo ed il trasporto di organi o parte di essi.

E INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato non sostenga in proprio e per questo alcuna spesa, Italiana Assicurazioni corrisponde € 150 per ogni giorno di degenza, con il limite massimo di 200 giorni, con eccezione dei casi di seguito indicati.
In caso di dialisi, l'indennità è corrisposta per un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.
Per il parto cesareo Italiana Assicurazioni corrisponde € 150 per ogni giorno di degenza in luogo di cura con il minimo di € 1.500.
Qualora il ricovero, avvenuto comunque in regime di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale e non in regime di attività libero professionale c.d. intramoenia, sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato può scegliere tra l'indennità di cui sopra o il rimborso dell'eccedenza di spesa indennizzabile rimasta a suo carico.
Le spese eventualmente sostenute per le prestazioni precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico, di cui al punto 2.3 A d., sono comunque rimborsate con le modalità previste dal punto 2.9 C.

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

F TERAPIE E DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Anche senza ricovero o intervento chirurgico, Italiana Assicurazioni paga le spese sostenute dall'Assicurato per:

a. chemioterapia e radioterapia praticate per la cura delle neoplasie maligne;
b. i seguenti accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio e prescritti dal medico curante, **fino alla concorrenza di € 2.500 per anno assicurativo e per persona:**
   - angiografia;
   - risonanza magnetica nucleare;
   - scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche;
   - T.A.C.

G CURA PER A.I.D.S.

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

H MEDICINA PREVENTIVA

Italiana Assicurazioni paga le spese sostenute dall'Assicurato per i seguenti accertamenti diagnostici:

a. per neonati fino a 6 mesi di età: ecografia alle anche;
b. per i maggiori di 6 mesi e minori di 15 anni: visita specialistica fisiatrica;
c. per i maggiori di 15 anni di età:
   - analisi cliniche: colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, creatininemia, GOT/GPT, HbsAg, Pap test, PSA, ricerca sangue occulto nelle feci, emocromo completo, esame urine completo;
   - diagnostica per immagini: Rx torace in 2 proiezioni, mammografia, ecografia prostatica;
   - esami strumentali: pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica, elettrocardiogramma;
   - visita medica: visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.

Gli accertamenti devono essere effettuati presso poliambulatori convenzionati con Blue Assistance, previo accordo telefonico con la medesima. Ciascun Assicurato può effettuare un solo accertamento ogni due anni.

I CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della polizza e sempreché la madre non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione la garanzia è operante - negli stessi termini previsti per la madre al momento del parto - gratuitamente fino alla scadenza anniversaria dell'anno assicurativo in corso, con il minimo di 30 giorni per le garanzie in genere. Si conviene inoltre che per i primi 180 giorni di vita del neonato l'assicurazione vale anche per le cure rese necessarie da malformazioni, difetti fisici o malattie congenite.

L MALATTIE CRONICHE

Per gli Assicurati di età superiore a 75 anni, in caso di ricovero per malattia cronica senza intervento chirurgico, Italiana Assicurazioni paga tutte le spese indennizzabili a termini di polizza **fino alla concorrenza di € 10.000 per anno assicurativo e per persona e comunque fino ad un massimo di 60 giorni di ricovero per anno assicurativo (fermi i limiti previsti per le spese relative all'équipe medica che presta assistenza di cui ai punti 2.1 B. c) e d). Sono esclusi dalla garanzia i ricoveri per lunga degenza, resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.**
Per malattia cronica si intende una malattia che si prolunghi indeterminatamente nel tempo e per la quale non sia possibile prevedere se e quando si avrà la guarigione.

M FRANCHIGIA

(Operante solo se richiamata nell'apposita sezione della scheda di polizza e nella misura ivi indicata)
Il pagamento diretto e/o il rimborso delle spese vengono effettuati da Blue Assistance S.p.A., per conto di Italiana Assicurazioni S.p.A., sottraendo l'importo indicato nella scheda di polizza come "franchigia", che

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

per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato. Pertanto le somme rimborsabili che non superano l'importo della franchigia convenuta non danno diritto ad alcun indennizzo. **In caso di corresponsione dell'indennità sostitutiva del rimborso di cui al precedente punto E la stessa verrà liquidata per i primi 10 giorni di ricovero al 50% dell'importo previsto e dall'undicesimo al 100%.** In caso di patologia oncologica qualora il protocollo diagnostico e terapeutico preveda per la sua cura cicli di trattamenti o di cure, o comunque eventi seriali, la franchigia verrà detratta solo una volta.
La franchigia non si applica per le seguenti prestazioni:
- terapia e diagnostica di alta specializzazione (punto 2.3 F)
- medicina preventiva (punto 2.3 H).

N PATOLOGIE SPECIALI

Fermo quanto previsto al punto 2.2 - Decorrenza della Garanzia e quanto previsto dal punto 1.10 C - Cosa non Assicuriamo, Italiana assicurazioni, per le patologie sotto elencate, nei primi 360 giorni di garanzia riconosce in caso di sinistro un indennizzo forfettario pari a € 500 per evento. Decorso tale termine le patologie in questione rientreranno interamente in garanzia.
Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di cui sopra operano dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito.
Elenco patologie speciali:
1. adenoma prostatico o ipertrofia prostatica
2. cataratta senile
3. coxoartrosi
4. emorroidi
5. ernie iatali, ombelicali e para ombelicali, inguinali ed epigastriche
6. fibroma uterino
7. meniscopatia degenerativa
8. meniscopatia post traumatica
9. patologie varicose

O ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

In caso di malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'Assicurato, che comporta la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente e/o a svolgere le comuni attività quotidiane: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi), Italiana Assicurazioni paga, **con il massimo di € 11.000 per sinistro**, le spese sostenute dall'Assicurato per:
- assistenza medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o strutture sanitarie specializzate e legalmente riconosciute;

o, in alternativa, a scelta dell'Assicurato:
- assistenza infermieristica professionale a domicilio.

P ASSUNZIONE ACCIDENTALE DI DROGHE

A parziale deroga dell'Art. 1.10 B., Italiana Assicurazioni riconosce le prestazioni anche per i ricoveri determinati da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogene purché l'assunzione di tali sostanze sia avvenuto in maniera accidentale, ad insaputa e contro la volontà dell'Assicurato e che un esame tossicologico del capello confermi tale accidentalità (non uso abituale).
Italiana Assicurazioni paga tutte le spese indennizzabili a termini di polizza **fino alla concorrenza di € 15.000 per anno assicurativo e per persona e comunque fino ad un massimo di 60 giorni di ricovero per anno assicurativo** (fermi i limiti previsti per le spese relative all'équipe medica che presta assistenza di cui ai punti 2.1 B. c) e d).

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

2.4 GARANZIA GRANDI PATOLOGIE

Italiana Assicurazioni paga le spese elencate al punto 2.3 sostenute dall'Assicurato esclusivamente per i ricoveri resi necessari dalle gravi malattie e dagli interventi di alta chirurgia elencati nell'Appendice 2.
Anche senza ricovero o intervento di alta chirurgia Italiana Assicurazioni paga inoltre le spese sostenute dall'Assicurato per chemioterapia e radioterapia praticate per la cura delle neoplasie maligne.
In caso di ricovero dovuto a ictus cerebrale o a paralisi che non comporti intervento di alta chirurgia, Italiana Assicurazioni riconosce le prestazioni assicurate **per un massimo di 60 giorni di ricovero per anno assicurativo.**
Non sono operanti le garanzie di cui ai punti 2.3 F "Terapie e diagnostica di alta specializzazione" e 2.3 H "Medicina preventiva".

2.5 GARANZIA DIAGNOSTICA

Italiana Assicurazioni paga, **fino alla concorrenza dell'importo indicato nella scheda di polizza**, le spese, non rientranti in altre garanzie, sostenute dall'Assicurato per accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio e prescritti dal medico curante.
Per ogni serie di accertamenti diagnostici previsti da un'unica prescrizione medica, in caso di utilizzo di una struttura sanitaria:

- **convenzionata con Blue Assistance, si applica una franchigia di € 35;**
- **non convenzionata con Blue Assistance, si applica uno scoperto del 30% con il minimo di € 35.**

Per le prestazioni effettuate in regime di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale Italiana Assicurazioni rimborsa integralmente i costi a carico dell'Assicurato.

2.6 GARANZIA SPECIALISTICA

Italiana Assicurazioni paga, **fino alla concorrenza dell'importo indicato nella scheda di polizza**, le spese, non rientranti in altre garanzie, sostenute dall'Assicurato per:

- accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio e prescritti dal medico curante;
- trattamenti di fisiokinesiterapia resi necessari da infortunio e prescritti dal medico curante;
- onorari medici per visite specialistiche rese necessarie da malattia o infortunio **(sono escluse le visite ginecologiche, odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche)**.

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:

- **in caso di ricorso a una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance, con una franchigia di € 35;**
- **in caso di ricorso a una struttura sanitaria o a uno studio medico non convenzionati con Blue Assistance, con uno scoperto del 30% con il minimo di € 35.**

Per le prestazioni effettuate in regime di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale Italiana Assicurazioni rimborsa integralmente i costi a carico dell'Assicurato.

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Blue Assistance

- ha sede a Torino - Corso Svizzera n. 185
- risponde ai numeri telefonici:
  DALL'ITALIA 800 042042
  DALL'ESTERO +39 011 742 55 99

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

2.7 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

Salvo quanto previsto al punto 2.10 A a "Garanzia Diagnostica e specialistica", la possibilità di utilizzare le prestazioni di Blue Assistance è condizionata alla preventiva telefonata al numero verde, in mancanza della quale nessuno dei servizi previsti, neppure il pagamento diretto, è operante.
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 la prestazione dei servizi.

2.8 DATA DEL SINISTRO

Per "data in cui si è verificato il sinistro" si intende quella nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di sinistro.
Italiana Assicurazioni, **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.**

2.9 GARANZIA COMPLETA E GRANDI PATOLOGIE

Qualora l'Assicurato, nei casi sottoindicati, provveda personalmente al pagamento delle spese, Blue Assistance, valutato il danno e verificata la copertura, procede al rimborso delle stesse entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione.

A UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E DI MEDICI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

Prima di accedere alla struttura sanitaria l'Assicurato deve telefonare a Blue Assistance.
Il personale di Blue Assistance è operante 24 ore su 24 per quanto previsto nella Sezione Assistenza, **per provvedere invece**, assieme all'Assicurato **alla prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi**, scelti dall'Assicurato, tra quelli convenzionati, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità, **Blue Assistance è operante nei giorni feriali dalle 8 alle 18 e sabato dalle 8 alle12.**
Qualora il caso clinico lo necessitasse potrà essere chiesto all'assicurato di dialogare telefonicamente con un medico della struttura di Blue Assistance stessa.
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.
Se la prestazione è compresa in garanzia Blue Assistance procede con la presa in carico e l'Assicurato non sostiene alcuna spesa; Blue Assistance paga direttamente sia la struttura sanitaria sia i medici e provvede a raccogliere la relativa documentazione **(fatto salvo quanto previsto al punto 2.11 per i ricoveri in territorio extra europeo)** e a restituire quella di spesa all'Assicurato, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.
Resta convenuto che:

- **eventuali scoperti o franchigie devono essere pagati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria;**
- **relativamente alla garanzia Grandi Patologie, le spese sostenute per ricoveri dovuti a Gravi Malattie sono pagate direttamente solo se esiste diagnosi certa;** in caso contrario, Blue Assistance, ricevuta la relativa documentazione ed accertata la diagnosi, provvede a rimborsarle integralmente;
- **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.

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

B UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E DI MEDICI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE OPPURE DI MEDICI NON CONVENZIONATI PRESSO STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

L'Assicurato che non ritenga di avvalersi di Blue Assistance e pertanto utilizzi:

a. strutture sanitarie e medici non convenzionati;
b. medici non convenzionati presso una struttura convenzionata;
c. strutture sanitarie convenzionate senza preventivo accordo con Blue Assistance,

deve:

- **dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;**
- **fornire, in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in caso di intervento chirurgico senza ricovero, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria in garanzia;**
- **fornire, in caso di accertamento diagnostico o di terapia, non collegato ad un ricovero o ad un intervento chirurgico, la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio e i referti degli accertamenti diagnostici;**
- **provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali delle fatture e delle notule, fiscalmente regolari e quietanzati,** che vengono poi restituiti da Blue Assistance con indicazione dell'avvenuta liquidazione. **Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale o delle spese già rimborsate dall'Ente privato.**

Blue Assistance, ricevuta la documentazione necessaria, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato con le regole e i limiti previsti al punto 2.1 B..

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Le spese riferite a visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti di fisiokinesiterapia e trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico effettuati nei 60 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi al ricovero, non vengono pagate direttamente da Blue Assistance ma rimborsate all'Assicurato integralmente, se effettuate in strutture convenzionate con medici convenzionati, **o con l'applicazione di uno scoperto del 30% con il minimo di € 35 negli altri casi.**

D UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE O DI FONDI O MUTUE PRIVATE

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale (in forma diversa dall'attività libero professionale c.d. intramoenia) o a fondi o mutue private, in forma diretta o indiretta, Blue Assistance, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede alla liquidazione dell'indennità sostitutiva del rimborso (come indicato al punto 2.3 E) o al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'Assicurato.

E RICOVERO ALL'ESTERO PER MALATTIA IMPROVVISA O INFORTUNIO

Per i ricoveri all'estero resi necessari da malattia improvvisa o da infortunio accaduto all'estero, il rimborso delle spese viene effettuato integralmente anche in caso di ricorso a strutture sanitarie e medici non convenzionati con Blue Assistance.

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

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

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro l'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 USA.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

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

2.10 GARANZIE DIAGNOSTICA E SPECIALISTICA

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

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 e/o del medico 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:

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

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

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

Resta convenuto che:

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

B UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE 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 ad avvenuta liquidazione.

Blue Assistance – verificata l'operatività della garanzia – procede al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, **al netto dello scoperto**, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione.

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

2.11 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

- **sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Italiana Assicurazioni o da suoi incaricati fornendo alla stessa ogni informazione;**
- **produrre la documentazione medica del caso sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.**

In caso di ricovero in territorio extra europeo con pagamento diretto da parte di Blue Assistance, l'Assicurato deve acquisire personalmente la cartella clinica presso la struttura sanitaria e fornirla a Blue Assistance.

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'Assicurato deve altresì 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 Italiana Assicurazioni a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla polizza.

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

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

SEZIONE ASSISTENZA

COSA ASSICURIAMO

La garanzia è operante qualora sia indicato SI nell'apposita sezione della scheda di polizza.

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di malattia o di infortunio verificatosi durante il periodo di validità della polizza o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, Blue Assistance, società di servizi specializzata nel settore sanitario, offre un servizio che è caratterizzato dalle seguenti prestazioni di assistenza.
Per poterne usufruire l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile a mezzo telefono:

DALL'ITALIA 800 042042

DALL'ESTERO +39 011 742 55 99

COMUNICANDO:
- le proprie generalità
- il numero di polizza
- il tipo di assistenza richiesta
- il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

CONSIGLI MEDICI TELEFONICI
La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.**
Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

PRESTAZIONI PRESSO LA RESIDENZA
Le prestazioni sotto riportate vengono fornite gratuitamente 3 volte per ogni Assicurato e per anno assicurativo.

Invio di un medico generico
Qualora l'Assicurato richieda una visita medica urgente 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 di guardia lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.

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 in una struttura sanitaria mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

Invio di un fisioterapista
Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria, richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico di Italiana Assicurazioni fino alla concorrenza di € 500 per evento.**

Trasporto in autoambulanza
Qualora l'Assicurato richieda 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 € 250 per evento.**

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

PRESTAZIONI NEL CORSO DI UN VIAGGIO

Viaggio di un familiare con soggiorno

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio sia ricoverato in una struttura sanitaria e non possa essere dimesso entro 5 giorni dalla data del ricovero e richieda, in assenza di un familiare maggiorenne sul posto, di essere raggiunto da questi, la Centrale Operativa:

A mette a disposizione di quest'ultimo 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 di cui al punto B opera fino alla concorrenza di € 500 per Assicurato e solo per il costo relativo alla camera e alla prima colazione.

Rientro sanitario

Qualora nel corso di un viaggio, a seguito di malattia o infortunio, vi sia la richiesta di trasferire l'Assicurato presso la sua residenza o in una struttura sanitaria prossima alla sua residenza idonea a garantirgli cure specifiche, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici di guardia 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 classe economica (eventualmente barellato);
- treno (prima classe);
- autoambulanza;
- 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.

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 necessari 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 A.I.D.S. e sindromi correlate, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26ª settimana.

Rientro del convalescente

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, purché convalescente a seguito di un ricovero, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, 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:
- organizzare il trasferimento dell'Assicurato alla sua residenza nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;
- 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.

Trasferimento in strutture sanitarie specializzate

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria specializzata per essere ricoverato, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:
- individuare e prenotare la struttura sanitaria specializzata;
- organizzare i contatti medici;

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

- organizzare il trasferimento dell'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: 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;
- organizzare i contatti tra i medici e la famiglia nel corso del ricovero.

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 necessari 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 A.I.D.S. e sindromi correlate, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

Un accompagnatore o un mezzo di trasporto
Qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alla dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato, richieda un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria residenza in strutture sanitarie dove effettuare controlli, esami, trattamenti e cure, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede a erogare il servizio, **tenendone il costo a carico di Italiana Assicurazioni fino alla concorrenza di € 500 per evento.**

Interprete a disposizione
Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero in una struttura sanitaria e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio di informazioni tra l'Assicurato stesso ed i medici curanti, la Centrale Operativa, compatibilmente con le disponibilità locali, provvede a reperirlo.
La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per Assicurato.

Invio di medicinali urgenti all'estero
Qualora, nel corso di un viaggio all'estero, una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e prescritta all'Assicurato dal medico curante fosse introvabile sul posto, la Centrale Operativa provvede a far pervenire quanto necessario con il mezzo più rapido tenendo conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali.
Il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato il quale provvederà, al suo rientro in Italia, a rimborsare l'importo.

Rientro funerario
Qualora l'Assicurato deceda nel corso di un viaggio, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto tutte le formalità.
Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia.
La prestazione opera fino alla concorrenza di € 10.000 per sinistro.
Restano a carico dei familiari dell'Assicurato le spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.
Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo, oppure in caso di disposizioni di legge del luogo che ne impediscano il trasporto o se l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa mette a disposizione di un 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.

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

DELIMITAZIONI DI GARANZIA

Italiana Assicurazioni non presta le garanzie qualora il sinistro sia conseguenza diretta di:

A guerre, insurrezioni, occupazioni militari;
B eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura;
C trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
D atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
E infortuni derivanti dalla pratica di:
- **sport aerei in genere;**
- **partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore. Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste dalle singole garanzie.**

GESTIONE DEL SINISTRO

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

A fornire ogni informazione richiesta;
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 i medici che lo hanno visitato e curato.

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

Mancato utilizzo delle prestazioni
Italiana Assicurazioni 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. Italiana Assicurazioni non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita ed imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

Restituzione di biglietti di viaggio
Italiana Assicurazioni ha diritto di richiedere all'Assicurato o chi per esso l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato, nel caso in cui la Centrale Operativa abbia provveduto al suo rientro.

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

APPENDICE 1 - LIMITI DI RIMBORSO

La seguente tabella indica i limiti di indennizzo per tipo di intervento chirurgico e per luogo di effettuazione dello stesso, secondo quanto indicato al punto 2.1 B..
In caso di interventi concomitanti (oppure con la medesima via di accesso), resta inteso che:

- **se tutti gli interventi sono compresi nella presente Appendice, quello con il limite di rimborso più elevato viene rimborsato sino a concorrenza di tale importo; per gli altri i limiti di rimborso sono ridotti al 50%;**
- **se non tutti gli interventi sono compresi nella presente Appendice, quelli non compresi sono pagati al 80% (nei limiti del massimale annuo); gli altri sono rimborsati sino a concorrenza del 50% degli importi indicati nella presente Appendice.**

La zona A si riferisce ad interventi avvenuti nelle provincie di Genova, Milano, Lodi, Monza, Roma, Torino ed al di fuori dei confini Italiani.
La zona B si riferisce ad interventi avvenuti nelle restanti province italiane.

	ZONA A importi espressi in euro	**ZONA B importi espressi in euro**
CHIRURGIA GENERALE		
Asportazione chirurgica di **cisti, lipomi, tumori benigni** della cute e del sotto-cute, verruche ed altre neoformazioni benigne - tronco, arti, cuoio capelluto	500	400
Asportazione chirurgica di **cisti, lipomi, tumori benigni** della cute e del sottocute, verruche ed altre neoformazioni benigne - viso e collo	750	600
Asportazione chirurgica di **neoplasie maligne superficiali** della cute - tronco, arti	700	560
Asportazione chirurgica di **neoplasie maligne profonde della cute** - tronco, arti	1.000	800
Asportazione chirurgica di **neoplasie benigne profonde** (sottofasciali)	2.100	1.680
Intervento chirurgico di asportazione di parte o dell'intera unghia per **unghia incarnita**	600	480
Intervento per asportazione totale o parziale della **tiroide**	7.600	6.080
Intervento chirurgico per **ernie della parete addominale** (inguinale, crurale, ombelicale e paraombelicale, epigastrica) monolaterale	4.000	3.200
Intervento chirurgico per **ernie della parete addominale** (inguinale, crurale, ombelicale e paraombelicale, epigastrica) bilaterale	6.500	5.200
Colecistectomia videolaparoscopica (VLC)	6.000	4.800
Intervento chirurgico per **emorroidi e/o ragadi** (compreso trattamento prolasso mucoso - anche rettale, sfinterotomia - anoplastica) - qualsiasi metodica anche con suturatrici meccaniche	3.500	2.800
Intervento chirurgico per **fistole anali**	3.000	2.400
Intervento chirurgico per **cisti/fistola sacrococcigea**	2.900	2.320
Colonscopia operativa (comprese polipectomie retto-coliche, rimozione di corpi estranei, emostasi di lesioni non varicose, ecc)	1.500	1.200
Intervento di **colectomia segmentaria** o emicolectomia o resezione ante-riore del retto con eventuale linfoadenectomia e colostomia (compresa eventuale lisi di aderenze)	10.000	8.000
Intervento chirurgico per **laparocele**	5.600	4.480

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

	ZONA A importi espressi in euro	ZONA B importi espressi in euro
CHIRURGIA VASCOLARE		
Intervento chirurgico di **varicectomia** con eventuale legatura di vene comunicanti	1.600	1.280
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale (compresa varicectomia e trombectomia e legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche) qualsiasi tecnica anche endovasale monolaterale	4.000	3.200
Intervento per **aneurisma dell'aorta addominale** o toracica	13.000	10.400
GASTROENTEROLOGIA		
Esofagogastroduodenoscopia **(gastroscopia)** diagnostica (comprese biopsie) ed eventuale test rapido H. Pylori	400	320
Colonscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie) ed eventuale ileoscopia	600	480
GINECOLOGIA		
Isteroscopia operativa per ablazione endometriale, biopsie, rimozione di corpi estranei, polipectomie, rimozione di sinecchie-setti o fibromi	3.000	2.400
Intervento chirurgico di **miomectomie** (anche multiple) con conservazione dell'utero	5.200	4.160
Intervento di **conizzazione** e tracheloplastica	2.300	1.840
Isterectomia totale semplice (compresa eventuale annessiectomia e plastica vaginale anteriore e/o posteriore)	6.500	5.200
Isterectomia radicale con eventuale linfoadenectomia	12.000	9.600
Asportazione di **cisti ovarica** o annessiectomia	5.850	4.680
Asportazione di neoformazioni benigne o **cisti mammarie**	4.000	3.200
Quadrantectomia mammaria con ricerca del linfonodo sentinella	8.500	6.800
Raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico	1.700	1.360
NEUROCHIRURGIA		
Intervento chirurgico o microchirugico per **ernia del disco** dorsale o lombare compresa eventuale laminectomia decompressiva	8.500	6.800
OCULISTICA		
Intervento chirurgico per **cataratta** (con asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore)	2.600	2.080
Blefaroplastica per blefarocalasi o ptosi o traumi o ferite (esclusa finalità estetica)	1.300	1.040
ORTOPEDIA		
Intervento per riparazione di **rottura della cuffia rotatori** della spalla con eventuale acromioplastica e plastiche tendinee	5.500	4.400
Intervento chirurgico per **meniscectomia** (anche in artroscopia, compresa eventuale rimozione di corpi mobili, condroabrasione, asportazione di plica sinoviale)	4.500	3.600

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

	ZONA A importi espressi in euro	**ZONA B importi espressi in euro**
Intervento chirurgico per ricostruzione dei **legamenti articolari** del ginocchio (anche in artroscopia)	7.000	5.600
Intervento chirurgico combinato per ricostruzione dei **legamenti articolari del ginocchio e meniscectomia** associata (anche in artroscopia, compresa eventuale rimozione di corpi mobili, condroabrasione, asportazione di plica sinoviale)	8.000	6.400
Intervento per **artroprotesi d'anca** o del ginocchio	15.000	12.000
Intervento per **alluce valgo** con eventuale osteotomia del primo metatarso (qualsiasi tecnica)	4.000	3.200
Intervento per **tunnel carpale**	2.600	2.080
Intervento chirurgico per **dito a scatto** o dito a martello	2.500	2.000
Asportazione chirurgica di **cisti o gangli tendinei** e/o artrogeni	1.300	1.040
OTORINOLARINGOIATRIA		
Settoplastica o rinosettoplastica ricostruttiva o funzionale con eventuale turbinotomia e resezione di sperone settale	3.900	3.120
Tonsillectomia, adenoidectomia, adenotonsillectomia	3.400	2.720
Intervento chirurgico radicale sui **seni paranasali**	6.000	4.800
UROLOGIA		
Cistoscopia o uretrocistoscopia (comprese eventuali biopsie)	800	640
Intervento endoscopico per resezione di neoplasie vescicali (**TURB**)	5.500	4.400
Intervento endoscopico per estrazione/distruzione di **calcoli ureterali** (qualsiasi tecnica)	3.900	3.120
Intervento chirurgico endoscopico per ipertrofia della prostata (**TURP**) o per sclerosi del collo vescicale (qualsiasi metodica o apparecchiatura)	6.800	5.440
Prostatectomia / adenomectomia sottocapsulare per patologia benigna (IPB)	8.500	6.800
Prostatectomia radicale per tumore maligno compresa eventuale linfoadenectomia	16.000	12.800
Intervento per **varicocele**	3.400	2.720
Intervento di **circoncisione** ed eventuale frenuloplastica	2.000	1.600

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

APPENDICE 2 - GRAVI MALATTIE - INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA

GRAVI MALATTIE

INFARTO DEL MIOCARDIO

(attacco cardiaco)
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.

CORONAROPATIA

che necessita di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche.

Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due 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.**

ICTUS CEREBRALE

(colpo apoplettico)
Accidente cerebro-vascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante da infarto e morte del tessuto cerebrale dovuto 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 non sono rimborsabili. **La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione specialistica neurologica dopo almeno un mese dall'evento, da T.A.C. o R.M.N., E.E.G. (elettroencefalogramma).**

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia **(ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) ed il cancro della pelle che non sia il melanoma maligno.**
La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

PARALISI

Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia o gambe) diagnosticata e dimostrata da evidente deficienza neurologica permanente.

INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA

CARDIOCHIRURGIA

- Ablazione transcatetere
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
- Pericardiectomía totale
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvolare con protesi
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica

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

CHIRURGIA GENERALE

Collo

- Resezioni e plastiche tracheali

Esofago

- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia
- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionaleo laparoscopica per acalasia cardiale
- Enucleazione di leiomiomi dell' esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee

Torace

- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Timectomia per via toracica o toracoscopica
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche
- Toracoplastica: I e II tempo

Peritoneo

- Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali

Stomaco - Duodeno – Intestino tenue

- Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica
- Interventi di reconversione per dumping syndrome
- Resezione intestinale per via laparoscopica

Colon - Retto

- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale o laparoscopica
- Proctocolectomia con anastomosi ileoanale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale
- Microchirurgia endoscopica transanale
- Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica

Fegato e vie biliari

- Resezioni epatiche maggiori e minori
- Colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria
- Anastomosi bilio-digestive
- Reinterventi sulle vie biliari
- Chirurgia dell'ipertensione portale:
  a. interventi di derivazione
     - anastomosi porto-cava
     - anastomosi spleno-renale
     - anastomosi mesenterico-cava
  b. interventi di devascolarizzazione
     - legatura delle varici per via toracica e/o addominale
     - transezione esofagea per via toracica
     - transezione esofagea per via addominale
     - deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
     - transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica

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

Pancreas - Milza - Surrene
- Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia
- Derivazioni pancreato-Wirsung digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA GINECOLOGICA
- Exenteratio pelvica
- Laparotomia per ferite o rotture uterine
- Isterectomia

CHIRURGIA OCULISTICA
- Vitrectomia anteriore e posteriore
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Intervento per distacco di retina

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE
- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare
- Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito-zigomatiche comprese)
- Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale
- Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore
- Ricostruzione della mandibola con innesti ossei
- Ricostruzione della mandibola con materiale alloplastico

CHIRURGIA ORTOPEDICA
- Artrodesi grandi segmenti
- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artroprotesi di spalla
- Artroprotesi di anca parziale e totale
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomia
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Osteosìntesi vertebrale
- Trattamento cruento dei tumori ossei

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA
- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Asportazione tumori parafaringei
- Chirurgia dell'otite colesteatomatosa
- Neurectomia vestibolare
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico
- Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare
- Petrosectomia
- Exeresi fibrangioma rinofaringeo

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

CHIRURGIA PEDIATRICA
- Trattamento dell'atresia dell'esofago
- Trattamento di stenosi tracheali
- Trattamento di ernie diaframmatiche
- Trattamento delle atresie delle vie biliari
- Intervento per megacolon
- Intervento per atresia anale
- Intervento per megauretere

CHIRURGIA UROLOGICA
- Nefrolitotrissia percutanea (PVL)
- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Estrofia vescicale e derivazione
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vaginointestinale
- Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale
- Enterocistoplastica di allargamento
- Plastiche per incontinenza urinaria femminile
- Resezione uretrale e uretrorrafia

CHIRURGIA VASCOLARE
- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache
- Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica
- Interventi sulle arterie viscerali o renali
- Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore
- Interventi di rivascolarizzazione extraanatomici
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore
- Trombectomia venosa iliaco-femorale
- Trattamento dell'elefantiasi degli arti

NEUROCHIRURGIA
- Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali
- Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
- Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia
- Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna

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

- Craniotomia per ascesso cerebrale
- Intervento per epilessia focale
- Cranioplastiche ricostruttive
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali
- Interventi per ernia discale toracica
- Laminectomia decompressiva ed esplorativa
- Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari

Si considerano "Interventi di alta chirurgia" anche:
- il trapianto e l'espianto di organi
- gli interventi che per complessità siano assimilabili e riconducibili agli interventi previsti dall'elenco precedente
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (rianimazione).

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

Mod. INF54241/FI

REALE GROUP

TOGETHER MORE

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

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.