

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 contrattuali prima della sottoscrizione della polizza.

Nota informativa Ed. 09/2017.

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

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: benvenutitaliana@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 441 milioni di euro di cui 40 milioni di euro relativi al capitale sociale, e 400 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità (Solvency II Ratio) è pari al 277,00 % e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (eligible own funds) e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR).

B INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La informiamo che su www.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: In caso di polizza poliennale non è previsto il tacito rinnovo ed il contratto cessa senza obbligo di disdetta tra le parti alla sua naturale scadenza, come indicato all'art. 1.3 delle Condizioni Contrattuali. Solo in caso di polizza a durata annuale è possibile la contrattualizzazione della clausola di tacito rinnovo.

La scelta effettuata si può rilevare nella relativa casella (“tacito rinnovo”) presente sulla scheda di polizza.

AVVERTENZA: anche se il contratto viene stipulato con la clausola di tacito rinnovo, è possibile comunque impedirne il rinnovo mediante la disdetta. La disdetta può essere effettuata, sia da parte del Contraente sia da parte di Italiana Assicurazioni, solo mediante comunicazione con lettera raccomandata che deve essere spedita entro 30 giorni dalla scadenza del contratto.

La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

Per i dettagli sulle modalità di disdetta si rimanda alla clausola appositamente stampata sulla scheda di polizza.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE - LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Il prodotto “Easy Wellness” contiene garanzie per far fronte agli eventi (infortuni/malattie) che possono compromettere la salute e l'integrità fisica della persona.

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.

Premessa

Blue Assistance S.p.A. è la società che provvede, per conto della Società, alla liquidazione dei sinistri secondo le modalità previste in polizza ed inoltre gestisce le convenzioni ed i rapporti con le strutture sanitarie che ha selezionato in Italia ed all'estero.

SEZIONE SALUTE

Contiene la garanzia che indennizza gli interventi chirurgici resi necessari da malattia o da infortunio e prevede la corresponsione di una diaria giornaliera in caso di ricovero senza intervento.

Questa sezione si compone della garanzia denominata e regolamentata come segue:

§ Indennità interventi chirurgici

La Società corrisponde all'Assicurato, in caso di intervento chirurgico (con ricovero o ambulatoriale) reso necessario da malattia o infortunio, l'importo indicato nella "Tabella indennizzi interventi chirurgici" riportata all'art. 2.2 delle Condizioni Contrattuali, mentre in caso di ricovero/day hospital senza intervento garantisce il pagamento di una diaria giornaliera, il cui importo varia in funzione dell'opzione di garanzia acquistata (euro 100 per l'opzione "Basic" - euro 150 per l'opzione "Plus").

La garanzia è regolamentata agli artt. dal 2.1 al 2.11 e all'Allegato 1 (Elenco Interventi Chirurgici) 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 al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti articoli: 1.11 "Limiti di età", 2.4 "Chi non assicuriamo", 2.5 "Cosa non assicuriamo", 2.6 "Decorrenza della garanzia", 2.7 "Sostituzione di polizza", 2.8 "Data del sinistro", 2.9 "Norme del servizio Blue Assistance", 2.10 "Modalità di liquidazione dell'indennizzo - obblighi dell'assicurato", nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di un massimale per persona e per anno assicurativo di € 50.000 per l'opzione "Basic" e di € 75.000 per l'opzione "Plus"; inoltre la diaria per i ricoveri senza intervento viene corrisposta con il massimo di 100 giorni per persona e per anno assicurativo, fatta eccezione per il parto naturale per il quale è previsto un massimo di 4 giorni.

In proposito si vedano gli artt. 2.1 e 2.2 delle Condizioni Contrattuali.

SEZIONE ASSISTENZA

Contiene garanzie per le emergenze che possono verificarsi a seguito di un infortunio o una malattia.

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).

Questa sezione contiene la garanzia denominata e regolamentata come segue:

§ Assistenza persona

La garanzia si compone delle seguenti prestazioni:

- consigli medici telefonici: servizio di guardia medica per informazioni e consigli;
- effettuazione di radiografie ed ecografie;
- invio di un medico generico;
- prelievo di campioni da analizzare;
- trasporto in autoambulanza.

La garanzia è regolamentata agli articoli dal 3.1 al 3.4 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 al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti articoli: 3.1 "Garanzia assistenza persona", 3.2 "Delimitazioni", 3.3 "Obblighi dell'assicurato", 3.4 "Mancato utilizzo delle prestazioni", nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di specifici sottolimiti di indennizzo.

In proposito si veda l'articolo 3.1 delle Condizioni Contrattuali.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DELL'INDENNIZZO FORFETTARIO

Per calcolare l'indennizzo dovuto dalla Società in caso di sinistro occorre, una volta stabilito che il sinistro è coperto dall'assicurazione, tenere conto delle franchigie o degli scoperti previsti per la garanzia coinvolta e dei limiti di indennizzo, o massimali, entro i quali la Società interviene.

Esempi di applicazione dell'indennizzo per la garanzia Indennità Interventi Chirurgici della Sezione Malattie:

	Esempi			
	Opzione BASIC		Opzione PLUS	
	A Intervento in struttura privata	B Intervento in struttura pubblica	C Intervento in struttura privata	D Intervento in struttura pubblica
Spesa sostenuta per intervento di appendicectomia €	3.500	0	3.500	0
Indennizzo forfettario per intervento in classe III €	2.200		3.400	

Esempio A: l'indennizzo ricevuto dall'assicurato che ha scelto l'opzione Basic è € 2.200 (la spesa che rimane a suo carico è € 1.300, ottenuta sottraendo l'indennizzo forfettario € 2.200 alla spesa sostenuta per l'intervento).

Esempio B: l'indennizzo ricevuto dall'assicurato che ha scelto l'opzione Basic è € 2.200 (l'assicurato non sostiene alcuna spesa per l'intervento, poiché lo stesso è a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale)

Esempio C: l'indennizzo ricevuto dall'assicurato che ha scelto l'opzione Plus è € 3.400 (la spesa che rimane a suo carico è € 100, ottenuta sottraendo l'indennizzo forfettario € 3.400 alla spesa sostenuta per l'intervento).

Esempio D: l'indennizzo ricevuto dall'assicurato che ha scelto l'opzione Plus è € 3.400 (l'assicurato non sostiene alcuna spesa per l'intervento, poiché lo stesso è a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale)

4. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI**AVVERTENZA**

Sono presenti nelle Condizioni Contrattuali delle carenze, ovvero periodi di tempo che intercorrono tra la data di effetto dell'assicurazione e l'effettiva decorrenza della garanzia.

Per i dettagli si veda l'articolo 2.6 delle Condizioni Contrattuali.

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

Non è richiesta la compilazione del questionario sanitario

AVVERTENZA

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare effetti negativi sulla prestazione o, in alcune circostanze, essere causa di annullamento del contratto, così come indicato agli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile e all' art. 1.1 delle Condizioni Contrattuali.

6. AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

Il Contraente o l'Assicurato, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio e/o variazione nella professione. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Nell'ambito del ramo Malattie non è da considerarsi aggravamento di rischio un peggioramento dello stato di salute dell'Assicurato, **se ed in quanto sopravvenuto in corso di contratto e non ad esso preesistente, fatta eccezione per i peggioramenti dello stato di salute elencati all'articolo 2.4 delle Condizioni Contrattuali, per i quali si configura invece un aggravamento di rischio che comporta la cessazione dell'assicurazione. Tali circostanze riguardano le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate.**

Nel caso di diminuzione del rischio la Società, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

7. PREMI

Il periodo indica la durata del contratto in rapporto al premio (appunto, periodico), il frazionamento riguarda solo il pagamento del premio che, pur se frazionato, resta unico.

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

- in unica rata per ciascun periodo annuo

oppure

- a rate costanti per periodi inferiori all'anno.

L'eventuale frazionamento del premio è quello indicata nella scheda di polizza nell'apposito campo "rateazione".

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).

AVVERTENZA

La Società o l'intermediario possono, a loro giudizio e secondo le caratteristiche del caso specifico, applicare sconti di premio.

8. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Il contratto non prevede l'indicizzazione, ovvero l'adeguamento del premio e delle somme assicurate secondo le variazioni mensili 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.

In caso di polizza di durata annuale tacitamente rinnovabile, è previsto l'adeguamento del premio ad ogni scadenza annuale successiva alla stipula del contratto, qualora a tale data l'Assicurato abbia raggiunto un'età compresa nella fascia successiva a quella in cui si trovava l'anno precedente; le percentuali di incremento del premio sono indicate nella tabella riportata all'art. 1.4 delle Condizioni Contrattuali.

Per i dettagli si veda l'art. 1.4 delle Condizioni Contrattuali.

9. DIRITTO DI RECESSO**AVVERTENZA**

La polizza non prevede la facoltà di recesso in caso di sinistro.

Per le polizze di durata poliennale è prevista, unicamente da parte del Contraente, la possibilità di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni dalla scadenza anniversaria, come indicato all'art. 1.3 delle Condizioni Contrattuali.

10. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile).

11. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto che verrà stipulato si applica la legge italiana.

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

12. REGIME FISCALE

Le attuali aliquote d'imposta da applicare sono:

- 2,5% per la sezione Salute;

- 10% per la sezione Assistenza.

C INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**13. SINISTRI - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO****AVVERTENZA**

Per la sezione Salute si considerano "sinistro" l'intervento chirurgico - effettuato con o senza ricovero - e il ricovero senza intervento. Ciò premesso, il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi la data nella quale si verificano gli eventi suindicati.

Per gli aspetti di dettaglio si veda l'art. 2.8 delle Condizioni Contrattuali e le definizioni del glossario.

In fase di denuncia del sinistro e durante la sua trattazione, l'Assicurato è comunque tenuto ad osservare alcune prescrizioni, descritte nelle Condizioni Contrattuali.

Tra le altre, si evidenzia che l'Assicurato dovrà sottoporsi ad eventuali visite dei medici della Società ed fornire ai medici stessi o agli incaricati le informazioni ritenute necessarie, nonché a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

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

- dal 2.8 al 2.11 per la sezione Salute;
- 3.3 e 3.4 per la sezione Assistenza.

AVVERTENZA

Sia per la sezione Salute, sia per la sezione Assistenza, la gestione dei sinistri è affidata alla società BLUE ASSISTANCE S.p.A., alla cui Centrale Operativa l'Assicurato si dovrà rivolgere secondo le modalità descritte ai suindicati punti delle Condizioni Contrattuali.

14. ASSISTENZA DIRETTA - CONVENZIONE

Il contratto prevede la possibilità di utilizzare strutture sanitarie e medici convenzionati con Blue Assistance, presso cui l'Assicurato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa della stessa secondo le indicazioni di cui al capitolo "Come avviene la liquidazione del sinistro" delle Condizioni Contrattuali, può fruire dell'indennizzo diretto per le prestazioni comprese in garanzia; l'Assicurato deve comunque pagare alla struttura sanitaria l'eventuale differenza tra l'indennizzo liquidato da Blue Assistance ai sensi degli artt. 2.1, 2.2 e 2.3 delle Condizioni Contrattuali e il costo totale della prestazione.

In caso di mancato utilizzo di tale facoltà, l'Assicurato deve provvedere direttamente al pagamento del totale degli importi dovuti per le prestazioni ricevute; Blue Assistance, ricevuta la documentazione necessaria, verificata l'operatività della garanzia e determinato l'indennizzo previsto ai sensi degli artt. 2.1, 2.2 e 2.3, provvede entro 25 giorni al pagamento.

Gli articoli delle Condizioni Contrattuali che disciplinano questi casi, ai quali si rimanda per la lettura completa, sono i seguenti: 2.9 "Norme del servizio Blue Assistance", 2.10 "Modalità di liquidazione dell'indennizzo - obblighi dell'Assicurato".

15. 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 10 13 13 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 02 39717001, e-mail: benvenutitaliana@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.

16. 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:

ANNO ASSICURATIVO

Il periodo compreso tra la data di effetto dell'assicurazione e la data di prima scadenza, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione dell'assicurazione. Nel caso di assicurazione stipulata di durata inferiore ad un anno, si intende la durata del contratto.

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 dello stesso, alla liquidazione dei sinistri della Sezione Salute.

CARD SALUTE

Tessera utile al riconoscimento dell'Assicurato nelle strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e valida per tutta la durata contrattuale.

CARTELLA CLINICA

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

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di Blue Assistance, che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni della Sezione Assistenza.

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con Italiana Assicurazioni.

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.

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.

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

La prestazione indicata nell'elenco di cui all'Allegato 1 - Elenco interventi chirurgici.

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, Italiana Assicurazioni S.p.A. presta la garanzia.

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 della polizza, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i dati identificativi del rischio assicurato e la sottoscrizione delle parti.

SINISTRO

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

Per la Sezione Salute si considera sinistro l'intervento chirurgico - effettuato con o senza ricovero - e il ricovero senza intervento.

SOCIETA'

Italiana Assicurazioni S.p.A.

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera.

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 interventi e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute.

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assicurato ottenga conferma, per il tramite di Blue Assistance, dell'effettiva esistenza dell'accordo.

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
ROBERTO LAGANA'

