Benefit Salute

Contratto di assicurazione per la tutela delle risorse umane.

Mod. 5118 MAL - Ed. 10/13

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.

REALE MUTUA
ASSICURAZIONI
Parte del tuo mondo.

REALE MUTUA

BENEFIT SALUTE

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

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

A INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) Società Reale Mutua di Assicurazioni - forma giuridica: società mutua assicuratrice, Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.
b) Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia).
c) Recapito telefonico: +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966.
Sito internet: www.realemutua.it**.**
E-mail: buongiornoreale@realemutua.it
Posta Elettronica Certificata (PEC): realemutua@pec.realemutua.it
d) Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L. 29/04/1923,n 966 REA Torino, n. 9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 1849 milioni di euro di cui 60 milioni di euro relativi al fondo di garanzia, e 1789 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.
L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari al 614.8%. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

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

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

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il prodotto "Benefit Salute" contiene garanzie assicurative per tutelare dipendenti e collaboratori di piccole e medie aziende da rischi relativi agli esborsi correlati a prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio o malattia. L'azienda può scegliere di estendere la copertura anche ai nuclei familiari dei dipendenti. In tale ipotesi la scelta sarà operante per tutti i dipendenti, ancorché single.
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.
Saranno operanti esclusivamente le Sezioni, le Garanzie e le prestazioni riportate nell'Opzione di Copertura prescelta.

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

La SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE si compone di due aree:

§ **un'area RICOVERO** che si compone delle seguenti garanzie:

I. Garanzia ricovero o intervento chirurgico resi necessari da gravi patologie;
II. Garanzia ricovero o intervento chirurgico resi necessari da malattia o infortunio, diversi da quelli di cui al precedente punto;
III. Garanzia parto cesareo;
IV. Garanzia parto non cesareo (anche domiciliare), aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico;

in quest'area sono offerte le prestazioni riportate di seguito:

- spese precedenti il ricovero o l'intervento chirurgico
- spese durante il ricovero o l'intervento chirurgico
- spese successive al ricovero o all'intervento chirurgico
- spese relative al trapianto di organi
- ospedalizzazione domiciliare per malattia terminale
- intervento chirurgico per correzione difetti visivi
- accompagnatore
- tickets
- indennità sostitutiva del rimborso

L'area Ricovero è regolamentata al punto 3.1 e nell'appendice 1 delle Condizioni di Assicurazione.
AVVERTENZA: la garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti diversi limiti ed esclusioni, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti:
3.1 "garanzia ricovero e/o intervento chirurgico"; 4.1 "persone non assicurabili - limite di età"; 4.2 "esclusioni"; 4.3 "termini di carenza - limiti di copertura"; 5.1 "denuncia e liquidazione dei sinistri"; 5.2 "procedura per l'utilizzo di strutture sanitarie e medici entrambi convenzionati con Blue Assistance per Benefit Salute"; 5.3 "procedura in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati con Blue Assistance per Benefit Salute"; 5.4 "procedura in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici entrambi non convenzionati con Blue Assistance per Benefit Salute"; 5.5 "obblighi dell'assicurato"; nonché nelle definizioni del glossario
AVVERTENZA: La garanzia prevede l'applicazione di massimali e sottomassimali, nonché l'applicazione di scoperti/franchigie e limiti temporali. In proposito si veda l'Opzione di Copertura prescelta

§ **un'area EXTRARICOVERO** che offre le prestazioni (rese necessarie dall'infortunio o dalla malattia denunciati in assenza di ricovero) riportate di seguito, solo se esplicitamente richiamate **nell'Opzione di Copertura** prescelta:

- diagnostica e terapie di alta specializzazione
- diagnostica diversa da alta specializzazione
- visite specialistiche
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
- cure oncologiche
- tickets
- assistenza infermieristica a domicilio
- protesi e presidi ortopedici
- protesi acustiche
- lenti
- medicina preventiva
- agopuntura
- pacchetto maternità

La garanzia è regolamentata al punto 3.2 delle Condizioni di Assicurazione.
AVVERTENZA: la garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti diversi limiti ed esclusioni, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti:
3.2 "garanzie extraricovero"; 4.1 "persone non assicurabili - limite di età"; 4.2 "esclusioni"; 4.3 "termini di carenza - limiti di copertura"; 5.1 "denuncia e liquidazione dei sinistri"; 5.2 "procedura per l'utilizzo di strutture sanitarie e medici entrambi convenzionati con Blue Assistance per Benefit Salute"; 5.3 "procedura in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e medici non convenzionati con Blue Assistance per Benefit Salute"; 5.4 "procedura in caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici entrambi non convenzionati con Blue Assistance per Benefit Salute"; 5.5 "obblighi dell'assicurato"; nonché nelle definizioni del glossario
AVVERTENZA: La garanzia prevede l'applicazione di massimali e sottomassimali, nonché l'applicazione di scoperti/franchigie e limiti temporali. In proposito si veda l'Opzione di Copertura prescelta.

La SEZIONE RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE garantisce il rimborso delle spese per prestazioni odontoiatriche rese necessarie da infortunio o malattia. Tale garanzia offre le prestazioni previste nelle sottobranche di seguito elencate presenti nell'Appendice 2 delle Condizioni di Assicurazione, solo se esplicitamente richiamate nell'Opzione di Copertura prescelta:

- Visita Specialistica - Igiene Orale
- Radiologia Odontoiatrica e Fotografie
- Chirurgia Orale
- Conservativa
- Parodontologia
- Endodonzia
- Gnatologia
- Implantologia
- Protesi Fisse e Rimovibili
- Ortodonzia

La garanzia è regolamentata al punto 6.1 e nell'appendice 2 delle Condizioni di Assicurazione

AVVERTENZA: la garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti diversi limiti ed esclusioni, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti: 6.1 "prestazioni odontoiatriche", 6.2 "modalità di indennizzo (forma di copertura a primo rischio)", 7.1 "persone non assicurabili - limiti di età", 7.2 "esclusioni", 7.3 "termini di carenza"; 8.3 "procedura per l'utilizzo dei centri odontoiatrici convenzionati con Blue Assistance per Benefit Salute in forma a primo rischio", 8.4 "procedura per l'utilizzo del servizio sanitario nazionale o in caso di operatività della copertura in forma integrativa"; 8.5 "obblighi dell'assicurato", nonché nelle definizioni del glossario e nell'Appendice 2 - "Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico" delle Condizioni di Assicurazione.
AVVERTENZA: La garanzia prevede l'applicazione di un massimale e di specifici sottolimiti di indennizzo.
In proposito si veda l'Opzione di Copertura prescelta e l'Appendice 2 - Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico delle Condizioni di Assicurazione.

La **SEZIONE ASSISTENZA** contiene garanzie per le urgenze 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 800-092092 - dall'estero: 0039-011-7425555) o posta elettronica (assistenza@blueassistance.it)
Questa sezione si compone delle seguenti prestazioni:
- consigli medici telefonici
- invio di un medico generico o di un'ambulanza
- invio di un medico specialista
- prenotazione di visite ed esami
- consegna farmaci al domicilio
- consegna spesa al domicilio
- prelievo di campioni da analizzare e consegna referti
- invio di una collaboratrice domestica
- invio di un infermiere
- invio di un fisioterapista

La garanzia è regolamentata dal punto 9.1 al 9.10 delle Condizioni di Assicurazione
AVVERTENZA: le garanzie suindicate non coprono 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 punti: 10.1 "persone non assicurabili - limiti di età", 10.2 "esclusioni", 11.1 "obblighi dell'assicurato", 11.2 "mancato utilizzo delle prestazioni", 11.3 "restituzione di biglietti di viaggio" nonché nelle definizioni del glossario.
AVVERTENZA: le garanzie prevedono l'applicazione di specifici sottolimiti di indennizzo. In proposito si vedano i punti da 9.1 a 9.10 delle Condizioni di Assicurazione.

La SEZIONE LONG TERM CARE garantisce la corresponsione di una rendita in rate mensili di importo indicato nell'Opzione di Copertura prescelta, per un periodo di 3 anni, in caso di perdita dell'autosufficienza, stato che il contratto identifica nella contemporanea incapacità, clinicamente accertata, di compiere almeno tre delle seguenti quattro azioni consuete della vita quotidiana: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi.
La garanzia è sempre operante per tutte Opzioni di Copertura ma si intende prestata unicamente al Dipendente. Pertanto, non è estesa al nucleo familiare anche se assicurato con la presente polizza.
La garanzia è regolamentata ai punti 12.1 e 12.2 delle Condizioni di Assicurazione.
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 o comunque causare l'interruzione dell'erogazione della rendita. Essi sono indicati nei seguenti punti: 12.1 "rischio assicurato", 12.2 "garanzie assicurate", 13.1 "persone non assicurabili - limite di età", 13.2 "esclusioni", 13.3 "termini di carenza", 14.1 "riconoscimento dello stato di non autosufficienza", 14.2 "condizioni di pagamento della rendita - rivedibilità dello stato di non autosufficienza"; nonché nelle definizioni del glossario

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE E SCOPERTI E DEI LIMITI DI INDENNIZZO O MASSIMALI
In caso di sinistro, per calcolare l'indennizzo dovuto da Reale Mutua 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 Reale Mutua interviene.

Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per acquisto di una delle Opzioni di Copertura in forma a primo rischio:

	Esempi	
	A **in network (struttura e medici entrambi convenzionati con Blue Assistance)**	**B** **extranetwork (struttura e medici entrambi non convenzionati con Blue Assistance)**
Importo fattura per intervento chirurgico	€ 5.000	
Franchigia / Scoperto	€ 750	15% con il minimo di €1.500

Esempio A: rimborso di € 4.250 (ottenuto sottraendo € 750 all'importo della fattura di € 5.000).
Esempio B: rimborso di € 3.500 (ottenuto sottraendo € 1.500 all'importo della fattura di € 5.000, dove € 1.500 rappresenta il minimo dello scoperto in quanto il 15% di € 5.000 sarebbe pari a € 750 e pertanto inferiore al minimo previsto).

Esempio di applicazione di franchigia/scoperto per acquisto di una delle Opzioni di Copertura in forma integrativa ad un Fondo/Cassa:

	Esempi	
	A in network (struttura e medici entrambi convenzionati con Blue Assistance)	**B extranetwork (struttura e medici entrambi non convenzionati con Blue Assistance)**
Importo fattura per intervento chirurgico	€ 5.000	
Spesa sostenuta dal Fondo/Cassa	€ 2.000	
Franchigia / Scoperto	Non operante	Non operante

Esempio A: rimborso di € 3.000 (ottenuto sottraendo € 2.000 già sostenuti dal Fondo/Cassa all'importo della fattura di € 5.000).
Esempio B: rimborso di € 3.000 (ottenuto sottraendo € 2.000 già sostenuti dal Fondo/Cassa all'importo della fattura di € 5.000).

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA: sono presenti nelle Condizioni di Assicurazione delle carenze, ovvero periodi di tempo che intercorrono tra la data di effetto dell'assicurazione e l'effettiva decorrenza della garanzia.
Per i dettagli si veda il punto 4.3, 7.3, 13.3 delle Condizioni di assicurazione.

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 al punto 1.5 delle Condizioni di Assicurazione.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Non presente
Il Contraente o l'Assicurato, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, deve dare comunicazione scritta a Reale Mutua di ogni aggravamento del rischio e/o variazione nella professione. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Reale Mutua possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
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 4.1, 7.1, 10.1, 13.1 delle Condizioni di Assicurazione, 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 Reale Mutua, 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 premio, salva diversa pattuizione, è annuale ed è pagabile:
- in unica soluzione per ciascun periodo annuo (od in unica soluzione per tutte le annualità, se il contratto è poliennale)

oppure
- a rate costanti per periodi inferiori all'anno (semestrali). **In questo caso potrà essere applicato un aumento del premio.**

È possibile pagare il premio nei seguenti modi:
- denaro contante (entro i limiti previsti dalla Legge vigente),
- assegno bancario,
- assegno circolare,
- bonifico bancario,
- bollettino postale,
- carte di debito/credito (in base alla vigente normativa).

8. Adeguamento del premio

La polizza è indicizzata e pertanto **il premio si adegua** 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.
Per i dettagli si veda il punto 1.10 delle Condizioni di Assicurazione.

9. Diritto di recesso

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

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, Reale Mutua indica come opzione prescelta l'applicazione della legge italiana.

12. Regime fiscale

- per le sezioni Rimborso Spese Mediche, Rimborso Spese Odontoiatriche, Long Term Care, si applica l'aliquota d'imposta del 2,5%;
- per la sezione Assistenza si applica l'aliquota d'imposta del 10%

C INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA

Si considerano "sinistro" i seguenti eventi: il ricovero, l'intervento chirurgico senza ricovero, il ricovero domiciliare ovvero, in loro mancanza, le altre prestazioni sanitarie assicurate.

Ciò premesso, il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi la data nella quale si verifica il sinistro.

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

Tra le altre, si evidenzia che l'Assicurato dovrà sottoporsi ad eventuali visite dei medici di Reale Mutua e fornire ai medici stessi o agli incaricati le informazioni ritenute necessarie, nonché a sciogliere dal segreto professionale 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 ai punti 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 11.1, 14.1, 14.2, 14.3 delle Condizioni di Assicurazione.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

AVVERTENZA

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 Sezioni Rimborso Spese Mediche, Rimborso Spese Odontoiatriche e al capitolo "Gestione del sinistro" della Sezione Assistenza delle Condizioni di Assicurazione - può fruire dell'indennizzo diretto per determinate prestazioni comprese in garanzia.

L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati è consultabile sul sito Internet di Reale Mutua nella sezione dedicata al prodotto Benefit Salute (www.realemutua.it), nonché a mezzo telefono presso la Centrale Operativa di Blue Assistance (numero verde: 800 092 092).

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" - Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: buongiornoreale@realemutua.it.

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

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

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

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

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

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

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

Commissione di Garanzia

Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino e-mail commissione.garanziaassicurato@realemutua.it. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.
Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.realemutua.it.

Mediazione per la conciliazione delle controversie

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

16. Arbitrato

AVVERTENZA: per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. **In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.**

Per i dettagli si vedano i punti 5.7, 8.6, 14.3 delle Condizioni di Assicurazione.

* * *

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

Società Reale Mutua di Assicurazioni
Luca Filippone

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

GLOSSARIO

ASSICURATO
La persona protetta dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE
Il contratto di 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 del Gruppo Reale Mutua, che provvede, per conto della stessa:
- alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con le strutture sanitarie e con i medici chirurghi;
- alla liquidazione dei sinistri della Sezione Rimborso Spese Mediche, della Sezione Rimborso Spese Odontoiatriche e della Sezione Assistenza;
- all'organizzazione ed erogazione, per il tramite della Centrale Operativa, dei servizi e delle prestazioni della Sezione Assistenza.

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

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

CENTRI ODONTOIATRICI
Le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri presso i quali l'Assicurato può fruire delle prestazioni mediche previste dalla polizza, rese necessarie dal Suo stato di salute.

CONTRAENTE
Il soggetto che stipula il contratto con Reale Mutua.

COPERTURA IN FORMA A PRIMO RISCHIO
Reale Mutua indennizza le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni riportate nell'Opzione di Copertura prescelta, nel limite del massimale e sottomassimali e al netto di eventuali franchigie/scoperti ivi indicati.

COPERTURA IN FORMA INTEGRATIVA
La copertura opera a favore di Dipendenti che fruiscono dell'assistenza sanitaria dei Fondi FASI, FASDAC, FISDAF, FAIT e della Cassa QUAS. Qualora l'Assicurato abbia presentato richiesta di rimborso al Fondo/Cassa, Reale Mutua indennizza la quota di spesa sostenuta e non rimborsata dagli enti medesimi, nei limiti del massimale e sottomassimali riportati nell'Opzione di Copertura prescelta, senza applicazione di eventuali franchigie/scoperti ivi indicati.Per i dettagli dell'operatività della copertura in forma integrativa si vedano i punti “Forma della Copertura” presenti nelle Sezioni Rimborso Spese Mediche e Rimborso Spese Odontoiatriche.

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.

DATORE DI LAVORO
L'impresa o ente i cui dipendenti sono assicurati.
Qualora il Datore di lavoro stipuli in proprio il contratto di assicurazione con Reale Mutua, acquisisce la qualifica di Contraente.

DIFFERIMENTO
L'intervallo di tempo che intercorre tra la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza e la data in cui matura il diritto a percepire la prestazione assicurata nella Sezione Long Term Care.

DIPENDENTE
Il soggetto -protetto dall'assicurazione- legato al Datore di lavoro da un rapporto di lavoro subordinato. Ai fini del presente contratto, ai dipendenti sono equiparati i collaboratori coordinati e continuativi, tutti i soggetti che percepiscono redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente, nonché i componenti degli organi statutari.

ESTERO
Gli Stati diversi da Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.

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

GRAVI PATOLOGIE
Le alterazioni dello stato di salute elencate nell'Appendice 1.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE
Temporanea e totale incapacità fisica dell’Assicurato a svolgere le sue normali occupazioni lavorative.

INDENNIZZO/RIMBORSO
La somma dovuta da Reale Mutua in caso di sinistro.

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

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

LIQUIDAZIONE IN FORMA A RIMBORSO / INDIRETTA
L'Assicurato sostiene in proprio tutte le spese relative alle garanzie prestate con la presente assicurazione, richiedendone successivamente il rimborso a Blue Assistance.
Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti/franchigie indicati nell'Opzione di copertura, che rimangono a suo carico.
Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) non convenzionati con Blue Assistance per il presente prodotto.

LIQUIDAZIONE IN FORMA DIRETTA
Reale Mutua paga direttamente - senza anticipo di spesa da parte dell'Assicurato - alla struttura sanitaria e ai medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance per il presente prodotto le spese sostenute dall'Assicurato e indennizzabili a termini di polizza, al netto di scoperti/franchigie indicati nell'Opzione di copertura, che rimangono a suo carico.
Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) entrambi convenzionati con Blue Assistance per il presente prodotto.

LIQUIDAZIONE IN FORMA MISTA
Reale Mutua paga direttamente alla struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance per il presente prodotto la componente di spesa - indennizzabile a termini di polizza -relativa alla struttura sanitaria, al netto di scoperti/franchigie indicati nell'Opzione di copertura, che rimangono a carico dell'Assicurato.
L'Assicurato sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici non convenzionati con Blue Assistance per il presente prodotto richiedendone successivamente il rimborso alla medesima. Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione di scoperti/franchigie indicati nell'Opzione di copertura, che rimangono a suo carico.
Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate con Blue Assistance e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) non convenzionati per il presente prodotto.

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

MALATTIA IMPROVVISA
Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento di effetto della polizza (o del successivo ingresso in copertura) e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morboso; a titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono malattie improvvise:
- appendicite acuta ed ernie strozzate;
- meningite, peritonite, pleurite (tutte tre in forma acuta e non tubercolare);
- pneumonite acuta;
- broncopolmonite;
- febbri tifoidee, paratifoidee da accertarsi con sierodiagnosi.

MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO
Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della polizza (o del successivo ingresso in garanzia).

MASSIMALE
La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun periodo assicurativo, Reale Mutua presta la garanzia.

MODULO DI POLIZZA
Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i dati identificativi del rischio, il premio e la sottoscrizione delle Parti.

NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA (Sezione Assistenza)
Temporanea impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:
§ lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;
§ nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
§ muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
§ vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.

NON AUTOSUFFICIENZA TOTALE E PERMANENTE (Sezione Long Term Care)
E' considerata non autosufficiente la persona che:

- si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:
  - § lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;
  - § nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
  - § muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
  - § vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.
- è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, e giustifica l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

NUCLEO FAMILIARE
Per nucleo familiare del Dipendente si intende quello composto da:

- coniuge
- convivente more uxorio (anche dello stesso sesso)
- figli fiscalmente a carico

tutti conviventi con il Dipendente, come risultanti dal certificato anagrafico “stato di famiglia”.
Qualora il Dipendente risulti legalmente separato/divorziato, i figli a carico si intendono compresi nel nucleo anche qualora non conviventi o non inseriti nel certificato Stato di famiglia. In caso di sinistro, su richiesta di Reale Mutua, il Dipendente dovrà dimostrare che i figli risultino a carico.
Sono equiparati ai figli i soggetti in affidamento temporaneo preadottivo con espresso provvedimento di assegnazione diretta da parte del Giudice Tutelare al Dipendente.
Si intendono inclusi in copertura senza alcun limite di età i figli fiscalmente a carico secondo le vigenti leggi in materia i quali si trovino per infermità fisica o mentale nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro.

OPZIONE DI COPERTURA
Insieme di garanzie e di prestazioni acquistabili dal Contraente e operanti fino alla concorrenza di massimali/sottomassimali e limiti di indennizzo precostituiti. L'Opzione di Copertura acquistata dal Contraente costituisce parte integrante del contratto e definisce, per tutti gli Assicurati di ciascuna polizza, l'insieme delle prestazioni effettivamente operanti.

PARTI
Il Contraente e Reale Mutua.

PATOLOGIA PREESISTENTE
Per patologie preesistenti si intendono:

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

prima dell'effetto dell'assicurazione (o del successivo ingresso in copertura).

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

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente a Reale Mutua.

PRONTO SOCCORSO
Struttura sanitaria pubblica autorizzata ad erogare prestazioni di prima assistenza in caso di infortunio e/o malattia.

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

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

SINISTRO
Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è richiesto l'indennizzo o il rimborso ovvero l'attivazione della prestazione in forma diretta.

SOCIETA'
La Società Reale Mutua di Assicurazioni, di seguito definita Reale Mutua.

SOTTOMASSIMALE
La somma fino alla concorrenza della quale Reale Mutua assicura la prestazione; tale somma è da intendersi quale sottolimite del massimale previsto per la garanzia di riferimento.

STRUTTURA SANTARIA
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 SANTARIE 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 e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.realemutua.it nella sezione dedicata al prodotto Benefit 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.

TERMINI DI CARENZA
Il periodo di tempo che intercorre fra la decorrenza della polizza (o il successivo ingresso in copertura) e l'inizio della garanzia.

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

VISITA SPECIALISTICA
Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Benefit Salute

Tutela delle risorse umane

Condizioni di assicurazione

DEFINIZIONI Pag. 7

CONDIZIONI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE Pag. 11
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO Pag. 11
1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE Pag. 11
1.3 DURATA DEL CONTRATTO – TACITA PROROGA Pag. 11
1.4 PROVA DEL CONTRATTO – VALIDITA' DELLE VARIAZIONI – PERIODO ASSICURATIVO Pag. 11
1.5 PREMIO Pag. 12
1.6 REGOLAZIONE PREMIO Pag. 12
1.7 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE Pag. 13
1.8 ONERI FISCALI Pag. 13
1.9 FORO COMPETENTE Pag. 13
1.10 INDICIZZAZIONE Pag. 13
1.11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE Pag. 14

CHI ASSICURIAMO Pag. 15
2.1 PERSONE ASSICURATE Pag. 15
2.2 NEONATI Pag. 15

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE Pag. 16

FORMA DELLA COPERTURA Pag. 16

COSA ASSICURIAMO Pag. 17
3.1 AREA RICOVERO Pag. 17
3.1.a) SPESE PRECEDENTI IL RICOVERO O L'INTERVENTO CHIRURGICO Pag. 17
3.1.b) SPESE DURANTE IL RICOVERO O L'INTERVENTO CHIRURGICO Pag. 17
3.1.c) SPESE SUCCESSIVE AL RICOVERO O ALL'INTERVENTO CHIRURGICO Pag. 18
3.1.d) SPESE RELATIVE AL TRAPIANTO DI ORGANI Pag. 18
3.1.e) OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE Pag. 18
3.1.f) INTERVENTO CHIRURGICO PER CORREZIONE DIFETTI VISIVI Pag. 18
3.1.g) ACCOMPAGNATORE Pag. 19
3.1.h) TICKETS Pag. 19
3.1.i) INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO Pag. 19
3.2 AREA EXTRARICOVERO Pag. 19
A. DIAGNOSTICA E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE Pag. 19
B. DIAGNOSTICA DIVERSA DA ALTA SPECIALIZZAZIONE Pag. 21
C. VISITE SPECIALISTICHE Pag. 21
D. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO Pag. 21
E. CURE ONCOLOGICHE Pag. 22
F. TICKETS Pag. 22
G. ASSISTENZA INFERMIERISTICA A DOMICILIO Pag. 22
H. PROTESI E PRESIDI ORTOPEDICI Pag. 22
I. PROTESI ACUSTICHE Pag. 23
J. LENTI Pag. 23
K. MEDICINA PREVENTIVA Pag. 23
L. AGOPUNTURA Pag. 24
M. PACCHETTO MATERNITÀ Pag. 24

DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE Pag. 25
4.1 PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE DI ETÀ Pag. 25
4.2 ESCLUSIONI Pag. 25
4.3 TERMINI DI CARENZA – LIMITI DI COPERTURA Pag. 26

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO Pag. 28
5.1 DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI Pag. 28
5.2 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE PER BENEFIT SALUTE Pag. 28
5.3 PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE E MEDICI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE PER BENEFIT SALUTE Pag. 29
5.4 PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI ENTRAMBI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE PER BENEFIT SALUTE Pag. 29
5.5 RICOVERO A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE Pag. 30
5.6 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO Pag. 30
5.7 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE Pag. 30
5.8 DATA DEL SINISTRO Pag. 31

SEZIONE RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE Pag. 32

FORMA DELLA COPERTURA Pag. 32

COSA ASSICURIAMO Pag. 34
6.1 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE Pag. 34
6.2 MODALITÀ DI INDENNIZZO (FORMA DI COPERTURA A PRIMO RISCHIO) Pag. 34

DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE Pag. 35
7.1 PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE DI ETÀ Pag. 35
7.2 ESCLUSIONI Pag. 35
7.3 TERMINI DI CARENZA Pag. 36

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO Pag. 37
8.1 DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI Pag. 37
8.2 DATA DEL SINISTRO Pag. 37
8.3 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE PER BENEFIT SALUTE IN FORMA A PRIMO RISCHIO Pag. 37
8.4 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE O IN CASO DI OPERATIVITA DELLA COPERTURA IN FORMA INTEGRATIVA Pag. 38
8.5 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO Pag. 38
8.6 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE Pag. 38

SEZIONE ASSISTENZA Pag. 40

COSA ASSICURIAMO Pag. 40
9.1 CONSIGLI MEDICI TELEFONICI Pag. 40
9.2 INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA Pag. 40
9.3 INVIO DI UN MEDICO SPECIALISTA Pag. 40
9.4 PRENOTAZIONE DI VISITE ED ESAMI Pag. 40
9.5 CONSEGNA FARMACI AL DOMICILIO Pag. 40
9.6 CONSEGNA SPESA AL DOMICILIO Pag. 41
9.7 PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI Pag. 41
9.8 INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA Pag. 41
9.9 INVIO DI UN INFERMIERE Pag. 42
9.10 INVIO DI UN FISIOTERAPISTA Pag. 42

DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE Pag. 43
10.1 PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE DI ETÀ Pag. 43
10.2 ESLCUSIONI Pag. 43

GESTIONE DEL SINISTRO Pag. 44
11.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO Pag. 44
11.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI Pag. 44
11.3 RESTITUZIONI DI BIGLIETTI DI VIAGGIO Pag. 44

SEZIONE LONG TERM CARE Pag. 45

COSA ASSICURIAMO Pag. 45
12.1 RISCHIO ASSICURATO Pag. 45
12.2 GARANZIE ASSICURATE Pag. 45

DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE Pag. 46
13.1 PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE DI ETÀ Pag. 46
13.2 ESCLUSIONI Pag. 46
13.3 TERMINI DI CARENZA Pag. 46

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO Pag. 48
14.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA Pag. 48
14.2 CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA RENDITA – RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA Pag. 48
14.3 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE Pag. 49

APPENDICE 1 – ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE Pag. 50

APPENDICE 2 – NOMENCLATORE TARIFFARIO ODONTOIATRICO Pag. 54

OPZIONI DI COPERTURA Pag. 65

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

I termini, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono *in corsivo*.
I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa.

ASSICURATO
La persona protetta dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE
Il contratto di *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 del Gruppo Reale Mutua, che provvede, per conto della stessa:
- alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con le *strutture sanitarie* e con i medici chirurghi;
- alla liquidazione dei *sinistri* della Sezione Rimborso Spese Mediche, della Sezione Rimborso Spese Odontoiatriche e della Sezione Assistenza;
- all'organizzazione ed erogazione, per il tramite della *Centrale Operativa*, dei servizi e delle prestazioni della Sezione Assistenza.

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

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

CENTRI ODONTOIATRICI
Le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri presso i quali l'Assicurato può fruire delle prestazioni mediche previste dalla *polizza*, rese necessarie dal Suo stato di salute.

CONTRAENTE
Il soggetto che stipula il contratto con Reale Mutua.

COPERTURA IN FORMA A PRIMO RISCHIO
Reale Mutua indennizza le spese sostenute dall'*Assicurato* per le prestazioni riportate nell'*Opzione di Copertura* prescelta, nel limite del *massimale* e *sottomassimali* e al netto di eventuali *franchigie/scoperti* ivi indicati.

COPERTURA IN FORMA INTEGRATIVA
La copertura opera a favore di *Dipendenti* che fruiscono dell'assistenza sanitaria dei Fondi FASI, FASDAC, FISDAF, FAIT e della Cassa QUAS. Qualora l'*Assicurato* abbia presentato richiesta di rimborso al Fondo/Cassa, Reale Mutua indennizza la quota di spesa sostenuta e non rimborsata dagli enti medesimi, nei limiti del *massimale* e *sottomassimali* riportati nell'*Opzione di Copertura* prescelta, senza applicazione di eventuali *franchigie/scoperti* ivi indicati.
Per i dettagli dell'operatività della *copertura in forma integrativa* si vedano i punti "Forma della Copertura" presenti nelle Sezioni Rimborso Spese Mediche e Rimborso Spese Odontoiatriche.

DATORE DI LAVORO
L'impresa o ente i cui *dipendenti* sono *assicurati*.
Qualora il *Datore di lavoro* stipuli in proprio il contratto di *assicurazione* con Reale Mutua, acquisisce la qualifica di *Contraente*.

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*.

DIFFERIMENTO
L'intervallo di tempo che intercorre tra la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza e la data in cui matura il diritto a percepire la prestazione assicurata nella Sezione Long Term Care.

DIPENDENTE
Il soggetto -protetto dall'*assicurazione*- legato al *Datore di lavoro* da un rapporto di lavoro subordinato. Ai fini del presente contratto, ai *dipendenti* sono equiparati i collaboratori coordinati e continuativi, tutti i soggetti che percepiscono redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente, nonché i componenti degli organi statutari.

ESTERO
Gli Stati diversi da Italia, Repubblica di San

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

Marino, Città del Vaticano

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

GRAVI PATOLOGIE
Le alterazioni dello stato di salute elencate nell'Appendice 1.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE
Temporanea e totale incapacità fisica dell'*Assicurato* a svolgere le sue normali occupazioni lavorative.

INDENNIZZO/RIMBORSO
La somma dovuta da Reale Mutua in caso di *sinistro*.

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

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

LIQUIDAZIONE IN FORMA A RIMBORSO/INDIRETTA
L'*Assicurato* sostiene in proprio tutte le spese relative alle garanzie prestate con la presente *assicurazione*, richiedendone successivamente il *rimborso* a *Blue Assistance.*
Tutte le spese indennizzabili a termini di *polizza* vengono rimborsate all'*Assicurato* previa applicazione di *scoperti/franchigie* indicati nell'*Opzione di Copertura*, che rimangono a suo carico.
Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a *strutture sanitarie* (pubbliche e private) e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) non convenzionati con *Blue Assistance* per il presente prodotto.

LIQUIDAZIONE IN FORMA DIRETTA
Reale Mutua paga direttamente – senza anticipo di spesa da parte dell'*Assicurato* – alla *struttura sanitaria e ai medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance* per il presente prodotto le spese sostenute dall'*Assicurato* e indennizzabili a termini di *polizza*, al netto di *scoperti/franchigie* indicati nell'*Opzione di Copertura*, che rimangono a suo carico.
Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a *strutture sanitarie* (pubbliche e private) e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) entrambi convenzionati con *Blue Assistance* per il presente prodotto.

LIQUIDAZIONE IN FORMA MISTA
Reale Mutua paga direttamente alla *struttura sanitaria* convenzionata con *Blue Assistance* per il presente prodotto la componente di spesa – indennizzabile a termini di *polizza* –relativa alla *struttura sanitaria*, al netto di *scoperti/franchigie* indicati nell'*Opzione di Copertura*, che rimangono a carico dell'*Assicurato*.
L'*Assicurato* sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici non convenzionati con *Blue Assistance* per il presente prodotto richiedendone successivamente il *rimborso* alla medesima. Tutte le spese indennizzabili a termini di *polizza* vengono rimborsate all'*Assicurato* previa applicazione di *scoperti/franchigie* indicati nell'*Opzione di Copertura*, che rimangono a suo carico.
Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, in caso di ricorso a *strutture sanitarie* (pubbliche e private) convenzionate con *Blue Assistance* per il presente prodotto e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

MALATTIA
Ogni riscontrabile alterazione dello stato di

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

salute dell'*Assicurato* non dipendente da *infortunio*.

MALATTIA IMPROVVISA

Malattia di acuta insorgenza di cui l'*Assicurato* non era a conoscenza al momento di effetto della *polizza* (o del successivo ingresso in copertura) e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morboso; a titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono *malattie improvvise*:

- appendicite acuta ed ernie strozzate;
- meningite, peritonite, pleurite (tutte tre in forma acuta e non tubercolare);
- pneumonite acuta;

broncopolmonite;

- febbri tifoidee, paratifoidee da accertarsi con sierodiagnosi.

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della *polizza* (o del successivo ingresso in garanzia).

MASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun periodo assicurativo, Reale Mutua presta la garanzia.

MODULO DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del *Contraente* e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del *Contraente*, i dati identificativi del rischio, il *premio* e la sottoscrizione delle *Parti*.

NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA (Sezione Assistenza)

Temporanea impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:

- lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;
- nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
- muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
- vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.

NON AUTOSUFFICIENZA TOTALE E PERMANENTE (Sezione Long Term Care)

E' considerata non autosufficiente la persona che:

- si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:
  - lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;
  - nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
  - muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
  - vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.

è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, e giustifica l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

NUCLEO FAMILIARE

Per *nucleo familiare* del *Dipendente* si intende quello composto da:

- coniuge
- convivente more uxorio (anche dello stesso sesso)
- figli fiscalmente a carico

tutti conviventi con il *Dipendente*, come risultanti dal certificato anagrafico "stato di famiglia".

Qualora il *Dipendente* risulti legalmente separato/divorziato, i figli a carico si intendono compresi nel nucleo anche qualora non conviventi o non inseriti nel certificato Stato di famiglia. In caso di *sinistro*, su richiesta di Reale Mutua, il *Dipendente* dovrà dimostrare che i figli risultino a carico.

Sono equiparati ai figli i soggetti in affidamento temporaneo preadottivo con espresso provvedimento di assegnazione diretta da parte del Giudice Tutelare al *Dipendente*.

Si intendono inclusi in copertura senza alcun limite di età i figli fiscalmente a carico secondo le vigenti leggi in materia i quali si trovino per infermità fisica o mentale nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro.

OPZIONE DI COPERTURA

Insieme di garanzie e di prestazioni acquistabili dal *Contraente* e operanti fino alla concorrenza di *massimali/sottomassimali* e limiti di

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

indennizzo precosituiti.
L'*Opzione di Copertura* acquistata dal *Contraente* costituisce parte integrante del contratto e definisce, per tutti gli *Assicurati* di ciascuna *polizza*, l'insieme delle prestazioni effettivamente operanti.

PARTI
Il *Contraente* e Reale Mutua.

PATOLOGIA PREESISTENTE
Per *patologie preesistenti* si intendono:
- infortuni occorsi
- *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio),

prima dell'effetto dell'*assicurazione* (o del successivo ingresso in copertura).

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

PREMIO
La somma dovuta dal *Contraente* a Reale Mutua.

PRONTO SOCCORSO
Struttura sanitaria pubblica autorizzata ad erogare prestazioni di prima assistenza in caso di *infortunio* e/o *malattia.*

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

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

SINISTRO
Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è richiesto l'*indennizzo* o il *rimborso* ovvero l'attivazione della prestazione in forma diretta.

SOCIETÀ
La Società Reale Mutua di Assicurazioni, di seguito definita Reale Mutua.

SOTTOMASSIMALE
La somma fino alla concorrenza della quale Reale Mutua assicura la prestazione; tale somma è da intendersi quale sottolimite del *massimale* previsto per la garanzia di riferimento.

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 e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.realemutua.it nella sezione dedicata al prodotto Benefit 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.

TERMINI DI CARENZA
Il periodo di tempo che intercorre fra la decorrenza della *polizza* (o il successivo ingresso in copertura) e l'inizio della garanzia.

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

VISITA SPECIALISTICA
Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

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

CONDIZIONI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI *ASSICURAZIONE*

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'*assicurazione*** come previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

1.2 PAGAMENTO DEL *PREMIO* E DECORRENZA DELL'*ASSICURAZIONE*

Fermi i *termini di carenza* previsti dal presente contratto, l'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel *modulo di polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati; altrimenti dalle ore 24 del giorno di pagamento dello stesso.

1.3 DURATA DEL CONTRATTO – TACITA PROROGA

Fermo quanto previsto dal precedente punto 1.2, l'*assicurazione* ha effetto dalla data indicata nel *modulo di polizza* alla voce "Decorrenza contratto" e termina alla data indicata alla voce "Scadenza contratto".
In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto, questo si intende prorogato di un anno e così di seguito a condizione che il relativo *premio* venga pagato entro 60 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo; decorso tale termine la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il *Contraente* abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto di Reale Mutua di agire giudizialmente e di comunicare, con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

In caso di significative modifiche della vigente legislazione nazionale e regionale in materia di Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua si riserva di apportare modifiche alle garanzie e/o ai premi della presente *polizza* – con effetto dalla successiva annualità assicurativa – al fine di adeguarla al nuovo contesto sanitario.
In tal caso è data facoltà al *Contraente* di recedere dal contratto entro 30 giorni dall'invio della comunicazione delle nuove condizioni normative ed economiche da parte di Reale Mutua.

Qualora il *Contraente* scelga di rendere operante la copertura di cui alle Sezioni "Rimborso Spese Mediche" e "Rimborso Spese Odontoiatriche" *in forma integrativa* ai Fondi/Casse "FASI, FASDAC, FISDAF, FAIT, QUAS", Reale Mutua si riserva, in caso di significative modifiche delle prestazioni erogate dai suddetti Fondi/Casse, di apportare alle garanzie della presente *polizza* le modifiche necessarie per adeguarla ai nuovi tariffari dei medesimi Fondi/Casse.
In tal caso è data facoltà al *Contraente* di recedere dal contratto entro 30 giorni dall'invio della comunicazione delle nuove condizioni normative ed economiche da parte di Reale Mutua.

1.4 PROVA DEL CONTRATTO – VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI – PERIODO ASSICURATIVO

I documenti di *polizza* costituiscono la prova delle condizioni che regolano i rapporti fra le *Parti*.
Qualunque variazione dell'*assicura-*

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

***zione* deve risultare da atto scritto. Ciascun periodo assicurativo, di regola, è stabilito nella durata di un anno; il primo periodo assicurativo può avere durata inferiore all'anno (rateo), fermo quanto indicato ai punti 1.5, 1.6, 3.2.J e dalla Premessa della Sezione Rimborso Spese Odontoiatriche.**

1.5 *PREMIO*

Il *premio* annuale per ciascun *Dipendente* o per ciascun *nucleo familiare* **(anche composto dal solo *Dipendente*)**, qualora la copertura sia estesa ai *nuclei familiari*, è indicato nell'opzione di copertura prescelta.

Non è possibile estendere la presente copertura a singoli componenti del *nucleo familiare*, ferma la non operatività della copertura nei confronti dei componenti del nucleo che risultino non assicurabili ai sensi del presente contratto.

Qualora le *Parti* abbiano convenuto un periodo assicurativo iniziale di durata inferiore all'anno (rateo), per tale periodo il *Contraente* è tenuto a versare a Reale Mutua:

- il 100% del *premio* annuo relativo all'*Opzione di Copertura* acquistata, se il rateo ha durata superiore a 180 giorni;
- il 60% del *premio* annuo relativo all'*Opzione di Copertura* acquistata, se il rateo ha durata inferiore o pari a 180 giorni.

1.6 REGOLAZIONE *PREMIO*

Il *premio* di *polizza* é determinato sulla base del numero degli *Assicurati* inizialmente comunicato.

Entro 30 giorni dal termine di ciascun periodo assicurativo, il *Contraente* dovrà fornire a Reale Mutua i dati necessari alla determinazione consuntiva del *premio*, eventualmente non ancora comunicati.

Reale Mutua, in base alle comunicazioni del *Contraente*, provvederà all'emissione dell'appendice di regolazione, computando a debito del *Contraente*:

- **Per l'eventuale rateo iniziale di durata inferiore all'anno:**
  - l'intero *premio* annuo se, al momento dell'ingresso in copertura, il periodo assicurativo è caratterizzato da una durata residua superiore a 180 giorni;
  - il 60% del premio annuo se, al momento dell'ingresso in copertura, il periodo assicurativo è caratterizzato da una durata residua pari o inferiore a 180 giorni.

- **Per i periodi assicurativi di durata annuale (successivi all'eventuale rateo iniziale):**
  - il 100% del premio annuo per gli ingressi avvenuti nel primo semestre dell'annualità assicurativa;
  - il 60% del *premio* annuo per gli ingressi avvenuti nel secondo semestre dell'annualità assicurativa.

In caso di uscita dalla copertura nel corso di ciascun periodo assicurativo il premio convenuto è comunque dovuto a Reale Mutua e nessuna restituzione spetta al *Contraente*.

L'eventuale differenza attiva risultante dalla regolazione deve essere pagata nei 30 giorni successivi alla emissione della relativa appendice di regolazione.

Se il *Contraente* non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati o il pagamento della differenza attiva dovuta, Reale Mutua deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, il *premio* anticipato in via provvisoria per la rata o le rate successive al periodo considerato per la regolazione viene computato in conto e a garanzia del *premio* relativo al periodo

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

assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il *Contraente* abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto di Reale Mutua di agire giudizialmente e di comunicare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.
Per i contratti scaduti, se il *Contraente* non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del *premio*, Reale Mutua, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i *sinistri* accaduti nel periodo al quale si riferisca la mancata regolazione.

Reale Mutua ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il *Contraente* si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate da Reale Mutua di eseguire gli accertamenti.
Qualora, per inesatte o incomplete dichiarazioni del *Contraente*, il *premio* di regolazione risultasse calcolato su basi minori di quelle effettive, il *Contraente* sarà tenuto a versare a Reale Mutua la differenza dovuta.
Per i *sinistri* che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, Reale Mutua è obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il *premio* pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti delle somme assicurate ridotte in ugual misura.
Per detti *sinistri* Reale Mutua ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato in più del dovuto.

1.7 OBBLIGHI DEL *CONTRAENTE*

Nel caso in cui gli *Assicurati* sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei *premi* o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, **il *Contraente* si impegna a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.**
Il *Contraente* si obbliga inoltre, qualora siano a lui comunicate da Reale Mutua, a rendere note tempestivamente agli *Assicurati* le informazioni riferibili a eventuali cessazioni di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario o ad una nuova impresa, modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa, casi di scissione o fusione con altra impresa.

1.8 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico del *Contraente*, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipula della *polizza.*

1.9 FORO COMPETENTE

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è competente il Foro del Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza* dell'*Assicurato.*

1.10 INDICIZZAZIONE

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:

- al termine "Indice": l'indice spese mediche rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici,

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

accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto;

- al termine "Indice Base": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di decorrenza della *polizza* o dell'ultima modifica contrattuale;
- al termine "Nuovo Indice": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di scadenza di ogni annualità di premio;

si conviene che il premio di *polizza* sarà adeguato ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "Nuovo Indice" e "Indice Base", identificato con il termine "Coefficiente di adeguamento".

Viene fatta salva la facoltà da parte di Reale Mutua, nell'ipotesi in cui non dovesse risultare più operativo l'Indice Spese Mediche, di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento del valore iniziale del premio.

In tal caso Reale Mutua comunica la variazione al *Contraente*, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

1.11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non regolato alla presente *polizza*, valgono le norme di legge.

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

CHI ASSICURIAMO

2.1 PERSONE ASSICURATE

La presente *polizza* opera a favore della totalità dei soggetti appartenenti alle categorie indicate sul *Modulo di Polizza.*
Qualora il *Contraente* scelga di estendere la copertura ai *nuclei familiari* dei *Dipendenti*, **la garanzia si intende operante per la totalità dei nuclei assicurabili.**
Non è possibile estendere la copertura a singoli componenti del *nucleo familiare*, fermo restando il disposto dei punti 4.1, 7.1, 10.1, 13.1 di cui alle singole Sezioni delle presenti Condizioni di Assicurazione.
La Sezione Long Term Care è operante esclusivamente a favore del *Dipendente*, anche qualora la garanzia venga estesa ai *nuclei* familiari.

L'*assicurazione* è operante inizialmente per le persone indicate nell'Elenco Assicurati, delle quali il *Contraente* si impegna a fornire i dati anagrafici su un supporto informatico, impostato secondo un tracciato record acquisito ai fini liquidativi e fornito da Reale Mutua.
Per gli inserimenti di nuovi *Dipendenti* (e relativi *nuclei familiari* se assicurati) nel corso del periodo assicurativo:

- la copertura decorrerà (fatti salvi i *termini di carenza* eventualmente previsti) dalla data in cui ha effetto il rapporto di lavoro (es. assunzione o inizio della collaborazione), che il *Contraente* si impegna a comunicare a Reale Mutua;
- il *premio* verrà regolato nei termini indicati al punto 1.6.

Il *Contraente* si impegna ad assicurare la totalità dei soggetti appartenenti alla/e categoria/e citata/e; eventuali inadempienze in merito a tale impegno comporteranno la proporzionale riduzione degli *indennizzi*.
Il *Contraente* si impegna altresì a fornire tempestiva comunicazione a Reale Mutua dei *Dipendenti* nei confronti dei quali il rapporto di lavoro/collaborazione venga risolto nel corso di ciascun periodo assicurativo; per essi vale quanto previsto ai punti 4.1, 7.1, 10.1, 13.1, relativamente ai termini di efficacia della copertura.
Il *Contraente* si impegna a fornire comunicazione a Reale Mutua delle variazioni nella composizione dei *nuclei familiari*, qualora assicurati, entro 30 giorni dalle stesse. In ogni caso resta inteso che, in assenza di tale comunicazione, la *liquidazione in forma diretta* (per le prestazioni ove prevista) **non sarà operante.**
Eventuali variazioni dello stato di famiglia che comportino l'uscita dalla copertura di componenti dal *nucleo familiare* per cause diverse dal decesso, garantiscono comunque ai componenti uscenti la permanenza in copertura fino al compimento del periodo assicurativo in corso.

Qualora, nel corso di ciascun periodo assicurativo, un *Dipendente* già in copertura, acquisisca una qualifica professionale per la quale è prevista l'operatività di una differente opzione di copertura, è data facoltà al *Contraente* di mantenere l'opzione in corso fino al compimento del periodo assicurativo o, in alternativa, scegliere di attivare la diversa opzione di copertura, pagando per intero il relativo *premio* a fronte di nuovi *massimali*.

2.2 NEONATI

Qualora il *Contraente* scelga di estendere la copertura ai *nuclei familiari*, l'*Assicurazione* si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati, **ferma la necessità da parte del *Contraente* di comunicare la variazione del nucleo entro 30 giorni dalla nascita. Resta inteso che, in assenza di tale comunicazione, la *liquidazione in forma diretta*** (per le prestazioni ove prevista) **non sarà operante per il neonato.**
A parziale deroga di quanto previsto al punto "Esclusioni" di cui alle singole Sezioni delle presenti Condizioni di Assicurazione, la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli *interventi chirurgici* conseguenti a *malformazioni e/o difetti fisici* **purché effettuati entro 1 anno dalla nascita, a condizione che a tale data la *polizza* risulti ancora in vigore.**

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

FORMA DELLA COPERTURA

Il *Contraente* può scegliere di rendere operanti – a favore di ciascun universo assicurato – le garanzie di cui alla presente Sezione Rimborso Spese Mediche *in forma a primo rischio* o *in forma integrativa* ai Fondi/Casse "FASI, FASDAC, FISDAF, FAIT, QUAS".

Qualora la copertura sia stata attivata *in forma integrativa*, a parziale deroga di quanto indicato sull'*Opzione di Copertura* prescelta, le garanzie e prestazioni ivi previste si intendono operanti nei termini di seguito indicati:

- per i *Dipendenti* (e relativi *nuclei familiari*, se assicurati) che fruiscono dell'assistenza del Fondo/Cassa al quale sono iscritti, **Reale Mutua rimborsa – nell'ambito dei *massimali* previsti per ciascuna prestazione dall'opzione di copertura prescelta – l'eccedenza di spesa non sostenuta dal Fondo/Cassa e rimasta a carico dell'*Assicurato***, senza applicazione degli *scoperti/franchigie* ivi riportati.
  Resta inteso che:
  - **qualora l'*Assicurato* non usufruisca, per qualsivoglia motivo, dell'assistenza del Fondo/Cassa per una prestazione erogata dall'Ente medesimo, la presente copertura si intende non operante e nessun rimborso è dovuto da Reale Mutua**;
  - qualora l'*Assicurato* richieda a *Blue Assistance* il rimborso delle spese sostenute per prestazioni indennizzabili a termini del presente contratto, ma non previste dal Fondo/Cassa al quale è iscritto, l'*assicurazione* opera *in forma a primo rischio*, **previa applicazione di uno scoperto del 30%;**
  - le prestazioni "Indennità sostitutiva del rimborso", "Medicina preventiva" e "Pacchetto maternità", si intendono comunque prestate nei termini previsti dall'*Opzione di Copertura* prescelta e dai punti 3.1.i), 3.2.K e 3.2.M.

  La copertura opera esclusivamente *in forma a rimborso* nei termini descritti al punto 5.4, ad eccezione della prestazione di cui al punto 3.2.K che viene garantita *in forma diretta* ai sensi del punto 5.2.

- per il *nucleo familiare* dei *Dipendenti* iscritti alla Cassa QUAS, che non può fruire dell'assistenza della Cassa, la presente copertura opera *in forma a primo rischio*, **previa applicazione di uno scoperto del 30% per ciascuna prestazione, in luogo degli *scoperti/franchigie* previsti dall'*Opzione di Copertura* prescelta.**
  Quanto indicato al presente alinea si intende operante anche per gli eventuali componenti del *nucleo familiare* dei *Dipendenti* iscritti ai Fondi sopraelencati, qualora tali familiari non siano assistibili dai medesimi.

Indipendentemente da quanto previsto dai Regolamenti di ciascun Fondo/Cassa, si conferma che l'operatività della presente *assicurazione* non può essere estesa a familiari del *Dipendente* con caratteristiche differenti da quelle descritte nella definizione di *nucleo familiare* presente nel Glossario.
Qualora la copertura sia resa operante *in forma integrativa* ai suddetti Fondi/Casse, relativamente alla presente Sezione Rimborso Spese Mediche, si intendono incluse in garanzia le *patologie preesistenti*.
Qualora la copertura sia resa operante *in forma a primo rischio*, relativamente alla presente Sezione Rimborso Spese Mediche, l'*indennizzo* delle *patologie preesistenti* avviene nei termini e con i limiti indicati al punto 4.3.

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

COSA ASSICURIAMO

Reale Mutua presta le garanzie e le prestazioni sottoriportate solo se presenti nell'opzione di copertura prescelta, con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti Condizioni di Assicurazione e dalle allegate *Opzioni di Copertura*.

3.1 AREA RICOVERO

L'Area *Ricovero* si compone dalle garanzie di seguito indicate:

I. garanzia *ricovero* o *intervento chirurgico* resi necessari da *gravi patologie*;

II. garanzia *ricovero* o *intervento chirurgico* resi necessari da *malattia* o da *infortunio*, diversi da quelli di cui al precedente alinea;

III. garanzia parto cesareo;

IV. garanzia parto non cesareo (anche domiciliare), aborto terapeutico o spontaneo o post-traumatico.

Per ciascuna delle garanzie sopra indicate, solo se presenti nell'opzione di copertura prescelta Reale Mutua paga - **fino alla concorrenza del *massimale* e *sottomassimali* riportati nell'*Opzione di Copertura* per periodo assicurativo e per persona/*nucleo familiare*, previa applicazione degli *scoperti/franchigie* e limiti temporali ivi indicati** - le spese sostenute dall'*Assicurato* per le prestazioni di seguito elencate:

3.1.a SPESE PRECEDENTI IL *RICOVERO* O L'*INTERVENTO CHIRURGICO*

- *visite specialistiche*,
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio,
- onorari medici,

purché dette prestazioni siano rese necessarie dalla *malattia* o dall'*infortunio o dal parto cesareo* che ha determinato il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*.

La prestazione di cui al presente punto 3.1.a) viene indennizzata esclusivamente *in forma a rimborso* per le garanzie di cui ai precedenti punti 3.1.I, 3.1.II e 3.1.III. Non opera per la garanzia di cui al punto 3.1.IV.

3.1.b SPESE DURANTE IL *RICOVERO* O L'*INTERVENTO CHIRURGICO*

- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- assistenza medica, ostetrica ed infermieristica **esclusivamente se effettuata da personale della *struttura sanitaria***; cure, terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali;
- onorari dell'èquipe che effettua l'*intervento chirurgico*, materiale di intervento (comprese le endoprotesi), apparecchiature terapeutiche, diritti di sala operatoria;
- rette di degenza, **con esclusione delle spese voluttuarie**; in caso di *ricovero* riabilitativo conseguente ad *intervento chirurgico* di protesizzazione ortopedica o ad *intervento chirurgico* di natura cardiochirurgica la garanzia di cui al presente alinea opera **esclusivamente nel limite massimo di 15 giorni per *ricovero*.**

In caso di parto non cesareo domiciliare, in luogo delle spese di cui ai precedenti alinea, è previsto il rimborso delle spese ostetriche ed infermieristiche.

La prestazione di cui al presente punto 3.1.b) viene indennizzata per tutte le garanzie di cui al punto 3.1 – Area Ricovero:

- in *forma diretta*, in caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi* entrambi convenzionati con *Blue Assistance*; per i dettagli si rimanda al punto 5.2;
- in *forma mista* in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* convenzionate con *Blue Assistance* e medici non convenzionati; per i dettagli si rimanda al punto 5.3;
- in *forma a rimborso*, in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici non

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

convenzionati con *Blue Assistance*; per i dettagli si rimanda al punto 5.4.
Per i dettagli si rimanda all'*Opzione di Copertura* prescelta.

3.1.c SPESE SUCCESSIVE AL *RICOVERO* O ALL'*INTERVENTO CHIRURGICO*

- *visite specialistiche*, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (compresi gli onorari medici) purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*;
- *assistenza infermieristica* resa necessaria dalla temporanea non autosufficienza dell'*Assicurato* in conseguenza di *intervento chirurgico*, *infortunio*, ictus cerebrale o infarto cardiaco, **esclusivamente se effettuata da personale della *struttura sanitaria***;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da *infortunio*, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco, dall'*intervento chirurgico*;
- trattamenti di malattie oncologiche.

La prestazione di cui al presente punto 3.1.c) viene indennizzata esclusivamente *in forma a rimborso* per le garanzie di cui ai precedenti punti 3.1.I, 3.1.II e 3.1.III. Non opera per la garanzia di cui al punto 3.1.IV. Per i dettagli si rimanda all'*Opzione di Copertura* prescelta.

CASI PARTICOLARI

3.1.d SPESE RELATIVE AL TRAPIANTO DI ORGANI

In caso di *ricovero* per trapianto di organi, in aggiunta alle prestazioni di cui ai punti 3.1.a), 3.1.b) e 3.1.c), Reale Mutua rimborsa:

- se l'*Assicurato* è ricevente: le spese di prelievo e trasporto di organi o parti di essi, ovvero le spese di *ricovero* del donatore vivente;
- se l'*Assicurato* è donatore: le sue spese di *ricovero* e di viaggio (in treno o aereo di linea) di andata e ritorno.

La prestazione di cui al presente punto 3.1.d) viene indennizzata esclusivamente in forma a rimborso.
Per i dettagli si rimanda all'*Opzione di Copertura* prescelta.

3.1.e OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

In caso di ospedalizzazione domiciliare per *malattia* terminale, intesa come *malattia* a prognosi infausta per la sopravvivenza, che comporta la non autosufficienza dell'*Assicurato* a mantenere una vita indipendente ed a svolgere le comuni attività quotidiane, Reale Mutua rimborsa le spese per assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture all'uopo costituite e legalmente riconosciute.

La prestazione di cui al presente punto 3.1.e) viene indennizzata esclusivamente in forma a rimborso. Per i dettagli si rimanda all'*Opzione di Copertura* prescelta.

3.1.f *INTERVENTO CHIRURGICO* PER CORREZIONE DIFETTI VISIVI

A parziale deroga di quanto previsto dal punto 4.2-Esclusioni, la copertura è estesa alle spese mediche sostenute per *interventi chirurgici* finalizzati a correggere i vizi di rifrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia) **purché conseguenti a riduzione del visus di almeno 4 diottrie. Non sono indennizzabili le spese precedenti e successive all'*intervento chirurgico*.**

La prestazione di cui al presente punto 3.1.f) viene indennizzata:

- in forma diretta, in caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi* entrambi *convenzionati* con *Blue Assistance*; per i dettagli si rimanda al punto 5.2;
- in forma mista in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* convenzionate con *Blue Assistance* e medici non

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

convenzionati; per i dettagli si rimanda al punto 5.3;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici non convenzionati con *Blue Assistance*; per i dettagli si rimanda al punto 5.4 .

Per i dettagli si rimanda all'*Opzione di Copertura* prescelta.

3.1.g ACCOMPAGNATORE

Spese per vitto e pernottamento nella *struttura sanitaria* di un accompagnatore; **qualora la *struttura sanitaria* non sia attrezzata ad ospitare l'accompagnatore, il rimborso riguarda le sole spese di pernottamento in albergo**.

La prestazione di cui al presente punto 3.1.g) viene indennizzata esclusivamente in forma a rimborso. Per i dettagli si rimanda all'*Opzione di Copertura* prescelta.

3.1.h TICKETS

In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, per le prestazioni di cui ai punti da 3.1.a) a 3.1.f), Reale Mutua rimborsa integralmente il costo dei tickets **purché di importo complessivo non inferiore a € 25;** tale importo può essere raggiunto anche cumulando nel corso del periodo assicurativo più tickets relativi al medesimo *Assicurato*.

La prestazione di cui al presente punto 3.1.h) viene indennizzata esclusivamente in forma a rimborso. Per i dettagli si rimanda all'*Opzione di Copertura* prescelta.

3.1.i INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora le spese di *ricovero* siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua corrisponde - **in sostituzione del rimborso delle prestazioni descritte ai precedenti punti da 3.1.a) a 3.1.g)** - una diaria – **dell'importo e con i limiti temporali previsti dall'opzione di copertura prescelta** – per ciascun pernottamento in *struttura sanitaria* senza applicazione di *franchigie/scoperti*.

In caso di *day hospital/day surgery* la diaria è ridotta al 50% e viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

In caso di *ricovero* riabilitativo conseguente ad *intervento chirurgico* di protesizzazione ortopedica o ad *intervento chirurgico* di natura cardiochirurgica, la diaria viene corrisposta per un massimo **di 15 giorni per *ricovero*.**

Qualora il *ricovero* sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'*Assicurato* può scegliere tra l'indennità di cui sopra o il rimborso della spesa indennizzabile rimasta a suo carico per le prestazioni descritte ai precedenti punti da 3.1.a) a 3.1.h).

In caso di *intervento chirurgico* ambulatoriale non viene corrisposta alcuna indennità.

3.2 AREA EXTRARICOVERO

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, **Reale Mutua assicura le prestazioni sotto riportate**, non rientranti in altre garanzie, rese necessarie dall'*infortunio* o dalla *malattia* denunciati, **solo se presenti nell'opzione di copertura prescelta, con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti Condizioni di Assicurazione e dalle allegate *Opzioni di Copertura*.**

A DIAGNOSTICA E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici e le terapie indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie.

Accertamenti diagnostici:
- Angiografia
  - carotidea o vertebrale;
  - flebografia;
  - linfografia;
  - midollare;

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

- panangiografia.

- Accertamenti neurologici
  - elettroencefalogramma.

- Accertamenti cardiologici
  - ECG Holter;
  - ecocardiogramma o ecocardiodoppler o ecocardiocolordoppler.

- RMN (risonanza magnetica nucleare)
  - addome;
  - angio o wirsung rmn;
  - arti o articolazioni:
  - cervello o flussi liquorali;
  - mammella;
  - muscoloscheletrica;
  - rachide o midollo;
  - torace;
  - total body.

- Scintigrafia
  - angiocardioscintigrafia o angiografia cardiaca;
  - angioscintigrafia o fleboscintigrafia;
  - cerebrale;
  - cisternoscintigrafia o cistoscintigrafia;
  - globale corporea;
  - immunoscintigrafia;
  - linfoscintigrafia;
  - mammaria;
  - miocardio;
  - PET;
  - polmonare;
  - renale o surrenale o epatobiliare o epatosplenica o splenica o epatica;
  - spect;
  - tiroidea.

- TAC (Tomografia assiale computerizzata)
  - angio T.C.;
  - artrotac;
  - broncoscopia;
  - colonna;
  - colonscopia;
  - mielo T.C.;
  - O.C.T.;
  - PET;
  - stratigrafia;
  - torace o addome;
  - total body.

- Accertamenti radiologici (RX)
  - Urografia.

Terapie:
- dialisi (massimo 15 applicazioni per periodo assicurativo e per *Assicurato*).

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* indicato nell'opzione di copertura prescelta, per ciascun periodo assicurativo e per *Assicurato/nucleo familiare*, previa applicazione – per ciascun *sinistro* – degli *scoperti/franchigie* disciplinati nella relativa *Opzione di Copertura*.

Nei confronti degli *Assicurati* che siano entrati in copertura nel corso del secondo semestre dell'annualità assicurativa, le applicazioni di dialisi comprese in garanzia si intendono ridotte a 8. Qualora il primo periodo assicurativo (rateo) sia stabilito di durata inferiore o pari a sei mesi, **per tale periodo la suddetta limitazione si intende operante nei confronti di tutti gli *Assicurati*.**
Qualora il primo periodo assicurativo (rateo) sia stabilito di durata superiore a sei mesi e inferiore all'anno, **per tale periodo la suddetta limitazione si intende operante nei confronti degli *Assicurati* che siano entrati in copertura nell'arco degli ultimi 180 giorni del periodo assicurativo medesimo.**

La presente garanzia viene prestata:
- in forma diretta, in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici chirurghi entrambi convenzionati con *Blue Assistance*; per i dettagli si rimanda al punto 5.2;
- in forma a rimborso, in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e/o medici non convenzionati con *Blue Assistance*; per i dettagli si rimanda al punto 5.4.

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

B DIAGNOSTICA DIVERSA DA ALTA SPECIALIZZAZIONE

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie, rese necessarie dall'*infortunio* o dalla *malattia* denunciati e non rientranti in altre garanzie:

- accertamenti diagnostici **con esclusione di: accertamenti sull'apparato dentario, esami di sangue, urine, feci, liquidi organici in genere, mammografia, pap-test; si intendono inoltre esclusi test di gravidanza ed ecografie di controllo della gravidanza**.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* indicato nell'opzione di copertura prescelta, per ciascun periodo assicurativo e per *Assicurato/nucleo familiare*, previa applicazione degli *scoperti/franchigie* ivi disciplinati, che rimangono a carico dell'*Assicurato* per ogni accertamento o per ogni serie di accertamenti previsti da un'unica prescrizione medica.

La presente garanzia opera esclusivamente in forma a rimborso, come disciplinato dal punto 5.4.

C VISITE SPECIALISTICHE

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga le spese sostenute per le *visite specialistiche* rese necessarie dall'*infortunio* o dalla *malattia* denunciati e non rientranti in altre garanzie.
La prestazione in ogni caso non opera per le visite pediatriche, oculistiche, odontoiatriche ed ortodontiche, nonché per tutte le visite di controllo.
La garanzia è prestata fino alla concorrenza e nell'ambito del *massimale* previsto dall'opzione di copertura prescelta, per ciascun periodo assicurativo e per *Assicurato/nucleo familiare*, previa applicazione degli *scoperti/franchigie* ivi disciplinati, che rimangono a carico dell'*Assicurato* per ogni visita o per ogni serie di visite previsti da un'unica prescrizione medica, con le seguenti precisazioni:

- qualora alla *visita specialistica* facciano seguito accertamenti diagnostici di cui ai punti 3.2.A e 3.2.B prescritti dal medesimo specialista e l'*Assicurato* presenti la richiesta di rimborso in un'unica soluzione, la *franchigia* minima si applica una sola volta.

La presente garanzia opera esclusivamente in forma a rimborso, come disciplinato dal punto 5.4.

D *TRATTAMENTI FISIOTERAPICI* RIABILITATIVI A SEGUITO DI *INFORTUNIO*

Reale Mutua rimborsa le spese sostenute per trattamenti di fisioterapia riabilitativi a seguito di *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza* e comprovato da referto di *Pronto Soccorso*, **sempreché prescritti da medico curante ed effettuati da personale medico o abilitato in terapie della riabilitazione**.
La garanzia è prestata fino alla concorrenza e nell'ambito del *massimale* previsto dall'opzione di copertura prescelta, previa applicazione degli *scoperti/franchigie* ivi disciplinati, che rimangono a carico dell'*Assicurato*.
La prestazione non opera per i trattamenti di fisioterapia resi necessari da *malattia*, salvo quanto diversamente indicato nelle *Opzioni di Copertura*.

Nei confronti degli *Assicurati* che siano entrati in copertura nel corso del secondo semestre dell'annualità assicurativa, la presente garanzia è prestata – fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso – nell'ambito di un *massimale* pari al

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

60% di quello indicato nell'*Opzione di Copertura*.
Qualora il primo periodo assicurativo (rateo) sia stabilito di durata inferiore o pari a sei mesi, **per tale periodo la suddetta limitazione si intende operante nei confronti di tutti gli *Assicurati*.**
Qualora il primo periodo assicurativo (rateo) sia stabilito di durata superiore a sei mesi e inferiore all'anno, **per tale periodo la suddetta limitazione si intende operante nei confronti degli *Assicurati* che siano entrati in copertura nell'arco degli ultimi 180 giorni del periodo assicurativo medesimo.**

La presente garanzia opera esclusivamente in forma a rimborso, come disciplinato dal punto 5.4.

E CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di *malattie* oncologiche Reale Mutua rimborsa le spese relative a chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e farmacologiche (se non effettuate in regime di *ricovero*), **fino alla concorrenza e nell'ambito del *massimale* previsto dall'opzione di copertura prescelta, previa applicazione degli *scoperti/franchigie* disciplinati nella relativa *Opzione di Copertura*, che rimangono a carico dell'*Assicurato*.**
Per *malattie* oncologiche di cui alla presente estensione di garanzia si intendono:

- neoplasie maligne a carattere invasivo comprovate da referto istopatologico;
- i tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale;
- la leucemia, i linfomi, il linfoma di Hodgkin.

La presente garanzia opera esclusivamente in forma a rimborso, come disciplinato dal punto 5.4.

F TICKETS

Per le prestazioni di cui ai punti 3.2.A, 3.2.B, 3.2.C, 3.2.D e 3.2.E – **esclusivamente se previste dall'opzione di copertura prescelta** – Reale Mutua, qualora siano effettuate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale, rimborsa integralmente i costi dei tickets a carico dell'*Assicurato* **– nell'ambito dei singoli massimali previsti per ciascuna garanzia nell'*Opzione di Copertura* prescelta – purché di importo complessivo non inferiore a € 25;** tale importo può essere raggiunto anche cumulando nel corso del periodo assicurativo più tickets relativi al medesimo *Assicurato*.

G *ASSISTENZA INFERMIERISTICA* A DOMICILIO

In caso di *infortunio* o *malattia* che abbia comportato *ricovero* con pernottamento in *struttura sanitaria* e a cui consegua una *inabilità temporanea totale* certificata da *cartella clinica*, Reale Mutua paga le spese sostenute, non rientranti in altre garanzie, per *assistenza infermieristica* professionale a domicilio, **nell'ambito dei limiti previsti dall'Opzione di copertura prescelta.**

La presente garanzia opera esclusivamente in forma a rimborso, come disciplinato dal punto 5.4.

H PROTESI E PRESIDI ORTOPEDICI

Reale Mutua rimborsa, le spese sostenute per l'acquisto o per il noleggio di protesi e presidi ortopedici su prescrizione del medico specialista; se si tratta di alterazione organica permanente è sufficiente una sola prescrizione.
La garanzia opera fino alla concorrenza del *massimale* previsto dall'opzione di copertura prescelta, previa applicazione degli *scoperti/franchigie* ivi disciplinati, che rimangono a carico dell'*Assicurato*.
La garanzia vale per gli apparecchi che non siano già compresi in altri punti della presente *polizza*; essa non vale comunque per: plantari, rialzi, calzature ortopediche.

La presente garanzia opera esclusivamente in forma a rimborso, come disciplinato dal punto 5.4.

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

I PROTESI ACUSTICHE

Reale Mutua rimborsa le spese sostenute per l'acquisto o per il noleggio di protesi acustiche su prescrizione del medico specialista.

La garanzia opera fino alla concorrenza del *massimale* previsto dall'opzione di copertura prescelta, previa applicazione degli *scoperti/franchigie* ivi eventualmente disciplinati, che rimangono a carico dell'*Assicurato*.

La garanzia vale per gli apparecchi che non siano già compresi in altri punti della presente *polizza*.

La presente garanzia opera esclusivamente in forma a rimborso, come disciplinato dal punto 5.4.

J LENTI

Reale Mutua rimborsa le spese sostenute per visite oculistiche effettuate da medico specialista e per l'acquisto di lenti per la correzione visiva (anche a contatto, **escluse lenti estetiche e "usa e getta"**) la cui adozione sia resa necessaria da *infortunio*, da sopravvenuta infermità o da modifica del visus. La garanzia opera anche per l'acquisto di lenti da sole graduate **purché reso necessario da riduzione del visus di almeno 4 diottrie.**

La garanzia opera fino alla concorrenza del *massimale* previsto dall'opzione di copertura prescelta, previa applicazione degli *scoperti/franchigie* ivi disciplinati, che rimangono a carico dell'*Assicurato*.

Nei confronti degli *Assicurati* che siano entrati in copertura nel corso del secondo semestre dell'annualità assicurativa, la presente garanzia è prestata – fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso – nell'ambito di un *massimale* pari al 60% di quello indicato nell'*Opzione di Copertura*.

Qualora il primo periodo assicurativo (rateo) sia stabilito di durata inferiore o pari a sei mesi, **per tale periodo la suddetta limitazione si intende operante nei confronti di tutti gli *Assicurati*.**

Qualora il primo periodo assicurativo (rateo) sia stabilito di durata superiore a sei mesi e inferiore all'anno, **per tale periodo la suddetta limitazione si intende operante nei confronti degli *Assicurati* che siano entrati in copertura nell'arco degli ultimi 180 giorni del periodo assicurativo medesimo.**

Il rimborso della spesa per l'acquisto di lenti è subordinato a:

- **in caso di *infortunio*: produzione di referto di *Pronto Soccorso* e di documentazione medico specialistica;**
- **nei restanti casi: diagnosi di medico specialista con certificazione della variazione del visus.**

Sono escluse dalla garanzia (quando anche comprese sulla medesima fattura di spesa) le spese relative a montature, liquidi per la pulizia e simili.

L'*Assicurato*, anche qualora il *massimale* del periodo assicurativo non sia stato esaurito, non ha diritto al rimborso della spesa sostenuta per un secondo paio di lenti che non sia giustificato da idonea documentazione medica attestante un'ulteriore modifica del visus/*infortunio*.

La presente garanzia opera esclusivamente in forma a rimborso, come disciplinato dal punto 5.4.

K MEDICINA PREVENTIVA

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per i seguenti accertamenti diagnostici:

- 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;

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

- 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 in unica soluzione, presso *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance* per il presente prodotto, previo accordo telefonico con la *Centrale Operativa*.
Ciascun *Assicurato* può effettuare gli accertamenti suindicati ogni due anni.

La presente garanzia opera esclusivamente in forma diretta, come disciplinato dal punto 5.2.

L AGOPUNTURA

Reale Mutua rimborsa le spese sostenute per agopuntura effettuata a seguito di *malattia* o *infortunio* esclusivamente a fini antalgici (terapia del dolore).
Ai fini del rimborso **l'*Assicurato* deve inviare la prescrizione di medico specialista, la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, indicante la necessità del trattamento di agopuntura a fini antalgici.**
Il trattamento deve essere effettuato da medico abilitato il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa (fattura/ricevuta).
La garanzia opera fino alla concorrenza del *massimale* previsto dall'Opzione di copertura prescelta, previa applicazione degli *scoperti/franchigie* ivi disciplinati, che rimangono a carico dell'*Assicurato*.

La presente garanzia opera esclusivamente in forma a rimborso, come disciplinato dal punto 5.4.

M PACCHETTO MATERNITÀ

Reale Mutua rimborsa – **fino alla concorrenza del massimale previsto dall'Opzione di copertura prescelta, per periodo assicurativo e *Assicurato/nucleo familiare*** – le spese sostenute per le prestazioni di seguito elencate, **a condizione che l'*Assicurato* faccia ricorso unicamente a *strutture sanitarie* e *medici* entrambi *convenzionati* con *Blue Assistance* per il presente prodotto, previo preventivo contatto telefonico con la *Centrale Operativa*:**

- ecografie fino ad un massimo di 3 per periodo assicurativo;
- analisi chimico-cliniche;
- visite di controllo ostetrico ginecologico fino ad un massimo di 4 visite per periodo assicurativo. Tale numero è elevato a 6 in caso di gravidanza a rischio.

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

La presente garanzia opera esclusivamente in forma a rimborso, come disciplinato dal punto 5.4.

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

DELIMITAZIONI DELL'*ASSICURAZIONE*

Premesso che non è richiesta la compilazione dei questionari anamnestici da parte degli *Assicurati*, resta convenuto quanto segue:

4.1 PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE DI ETÀ

L'*assicurazione* vale permanendo in vigore la qualifica di *Dipendente* e cessa con la risoluzione del rapporto di lavoro:

- per i *Dipendenti* che risolvono il rapporto per quiescenza (e per i relativi *nuclei familiari*, se assicurati) l'*assicurazione* vale **fino al compimento del periodo assicurativo in corso**;
- in caso di decesso del *Dipendente*, per il *nucleo familiare* –se assicurato– l'*assicurazione* vale **fino al compimento del periodo assicurativo in corso**;
- per i *Dipendenti* che risolvono il rapporto per altre cause (e per i relativi *nuclei familiari*, se *assicurati*) la garanzia cessa **con effetto immediato**.

Il premio convenuto è comunque dovuto a Reale Mutua e nessuna restituzione spetta al *Contraente*.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate. L'*assicurazione* cessa, nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile con il manifestarsi di una delle suddette malattie nel corso della validità della *polizza* e nessun *indennizzo* é dovuto da Reale Mutua. L'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Non sono assicurabili le persone che abbiano cessato l'attività a seguito del raggiungimento dei requisiti per il collocamento a riposo dal servizio secondo le vigenti leggi (personale in quiescenza).

In ogni caso qualora l'*assicurato*, raggiunto il limite di età pensionabile, abbia optato per la prosecuzione dell'attività professionale a favore del *Datore di lavoro*, **permanendo in servizio senza soluzione di continuità, la presente *assicurazione* opera fino al compimento del 75° anno di età;** le persone che raggiungono tale età in corso di contratto si intendono in copertura fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso.

I medesimi limiti si intendono operanti per i componenti del *nucleo familiare*.

4.2 ESCLUSIONI

L'*assicurazione* di cui alla presente Sezione Rimborso Spese Mediche non comprende le spese per:

a. cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
b. prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da *infortunio* indennizzabili), dimagranti e fitoterapiche;
c. difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia (l'esclusione non vale per i nati in corso di contratto, se la copertura li comprende);
d. infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
e. prestazioni terapeutiche e/o chirurgiche finalizzate al cambiamento del sesso;
f. sieroposività da virus H.I.V.;
g. *infortuni* derivanti da stato di ubriachezza o sotto l'influenza di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico;
h. *ricoveri* resi necessari unicamente dallo stato di non autosufficienza dell'*Assicurato*

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

e/o lungodegenze;

i. ***infortuni* occorsi durante la pratica di sport aerei in genere, la partecipazione a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove, nonché occorsi durante la pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;**

j. **malattie mentali, disturbi psichici in genere (comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, quelle riferibili ad esaurimento nervoso), atti di autolesionismo (compreso tentato suicidio), forme maniaco depressive, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità e loro conseguenze, psicoterapia e psicoanalisi;**

k. **aborto volontario non terapeutico;**

l. **cure dentarie (e relativi accertamenti diagnostici), ortodontiche e delle parodontopatie, protesi dentarie,** salvo quanto disciplinato nella Sezione Rimborso Spese Odontoiatriche;

m. **acquisto, noleggio, riparazioni e manutenzione di apparecchi protesici o sanitari (salvo quanto previsto al punto 3.2.H);**

n. ***malattie* professionali di cui al D.P.R. n° 336/94 e successive modifiche e integrazioni;**

o. **cure e terapie effettuate con utilizzo di cellule staminali, che non abbiano superato le fasi di sperimentazione clinica, salvo nei casi disposti dall'Autorità Giudiziaria;**

p. **le terapie e le cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;**

q. **le conseguenze di:**
   - **atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;**
   - **partecipazione ad imprese di carattere eccezionale** (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili); **atti di temerarietà** compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
   - **trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocate) e accelerazioni di particelle atomiche,** salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
   - **guerre ed insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.**

4.3 *TERMINI DI CARENZA* – LIMITI DI COPERTURA

La garanzia di cui alla presente Sezione Rimborso Spese Mediche - nei confronti dei singoli *Assicurati* - decorre:

- per le *patologie preesistenti*, **dalle ore 24 del 90° giorno di effetto dell'*assicurazione* (o del successivo inserimento in copertura);**

- **per il parto e le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* (o del successivo inserimento in copertura).** Se il concepimento viene provato, da adeguata documentazione medica, essere successivo alla decorrenza dell'assicurazione, la garanzia - con riferimento agli eventi citati - è prestata nei termini normalmente previsti (rischio compreso).

- per gli *infortuni* e per le *malattie* diverse da quelle riportate agli alinea precedenti, dalle ore 24 del giorno di effetto dell'*assicurazione* (o del successivo inserimento in copertura).

In caso di *ricovero*, *intervento*

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

chirurgico **o di altre prestazioni sanitarie previste in *polizza* verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, i limiti di operatività della garanzia di cui al presente punto si intendono operanti anche per prestazioni ad esse connesse ed effettuate oltre i suddetti periodi.**

Qualora il presente contratto sia emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *polizza* in essere con Reale Mutua, relativamente agli stessi *Assicurati* i termini di carenza operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente *polizza*.

Patologie Preesistenti (Limite operante unicamente per le coperture in forma a primo rischio)
Per le *patologie preesistenti* non dipendenti da gravidanza o puerperio, decorsi i 90 giorni di carenza di cui al primo alinea del presente articolo, per i successivi 15 mesi, le spese sostenute dall'*Assicurato* e indennizzabili sono comprese in garanzia con applicazione di uno *scoperto* del 50%. Tale limitazione:

- **sostituisce, ove previsti, gli eventuali diversi *scoperti/ franchigie* indicati nell'*Opzione di Copertura*;**
- **si applica anche in caso di diaria sostitutiva del rimborso e di tickets.**

Il predetto limite non opera per le *coperture in forma integrativa* per le quali si intendono indennizzabili le patologie preesistenti ferma restando l'operatività dei *termini di carenza*.

Qualora il presente contratto sia emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *polizza* in essere con Reale Mutua, relativamente agli stessi *Assicurati* il predetto limite opera per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente *polizza*.

Cure e Terapie Sperimentali riconosciute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità
Qualora l'*Assicurato* sostenga all'*Estero* spese per terapie e cure sperimentali riconosciute dai protocolli dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Reale Mutua rimborsa la componente di spesa indennizzabile **– previa applicazione per ciascuna prestazione delle *franchigie/scoperti* indicati nell'*Opzione di Copertura* prescelta – nel limite dei singoli *massimali* previsti per ciascuna prestazione nell'*Opzione di Copertura* prescelta, comunque fino al limite complessivo di € 5.000 per anno assicurativo.**

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

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL *SINISTRO*

5.1 DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI *SINISTRI*

La presentazione della denuncia con relativa prescrizione medica e documentazione di spesa implica contestualmente la chiusura del *sinistro*. Pertanto **l'invio di ulteriore documentazione dopo che è stata presentata la denuncia equivale a tutti gli effetti ad apertura di un nuovo *sinistro***.

Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo *Assicurato* e ad un solo evento patologico; unicamente in caso di richiesta di rimborso dei tickets per prestazioni fruite presso il Servizio Sanitario Nazionale, è ammessa un'unica denuncia relativa a differenti eventi patologici **purchè comuque riferiti al medesimo *Assicurato*.**

In ogni caso non sono ammesse a *rimborso/indennizzo* denunce di *sinistro* pervenute oltre il termine di 180 giorni dalla data di scadenza della presente *polizza* o dalla data di uscita dalla copertura del singolo *Assicurato*.

5.2 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI *STRUTTURE SANITARIE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI* CON *BLUE ASSISTANCE* PER BENEFIT SALUTE

Prima di accedere alla *struttura sanitaria* **l'*Assicurato* deve sempre telefonare – con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi (elevati a 5 giorni lavorativi se all'*Estero*) prima della data del *ricovero* o di erogazione della prestazione extraricovero – a *Blue Assistance*** ai seguenti numeri telefonici dichiarando di essere assicurato con il prodotto Benefit Salute:

- dall'Italia: Numero Verde 800 - 092.092
- dall'*estero*: Prefisso internazionale +39 - 011 - 742.5555

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le *strutture sanitarie* possono subire variazioni nel tempo è essenziale – al fine di ottenere la prestazione in *forma diretta* – che l'*Assicurato* acceda alle *strutture sanitarie* e ai medici chirurghi convenzionati per il presente prodotto esclusivamente per il tramite di *Blue Assistance*, in mancanza del quale il servizio non è operante.

Blue Assistance é a disposizione degli *Assicurati*:

- **dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato**, per la prenotazione delle *strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati*, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie 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.

Al momento dell'accesso alla *struttura sanitaria*, **l'*Assicurato* si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione"**, che costituisce la prima denuncia del *sinistro*.

Al momento della dimissione **l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le eventuali spese di sua competenza (*scoperto*, *franchigia*, prestazioni non contemplate dalla garanzia).**

Blue Assistance provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla *polizza*, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la *struttura sanitaria*; *Blue Assistance* curerà in seguito la restituzione all'*Assicurato* della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione.

Il *Contraente* e gli *Assicurati* riconoscono espressamente che *Blue Assistance* non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dalle *strutture sanitarie* e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno

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

rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.
Blue Assistance è comunque a completa disposizione del *Contraente* e degli *Assicurati* per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.
Resta inteso che:

- **le spese relative alle prestazioni sanitarie garantite nei giorni precedenti e successivi al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* previste ai punti 3.1.a) e 3.1.c) non sono pagate direttamente**, ma rimborsate – al netto degli *scoperti/franchigie* previsti nell'*Opzione di Copertura* – al ricevimento della relativa documentazione di spesa e copia della *cartella clinica* completa in caso di *ricovero*, o in caso di *intervento chirurgico* ambulatoriale, copia della relazione dell'intervento;
- **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, la cui rimborsabilità sarà valutata a posteriori da *Blue Assistance***;
- **rimane in ogni caso a carico dell'*Assicurato* il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa;**
- l'*Assicurato* che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance*, delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;
- **qualora il *sinistro* risultasse non indennizzabile, l'*Assicurato* si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto da Reale Mutua.**

5.3 PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE E MEDICI NON CONVENZIONATI CON *BLUE ASSISTANCE* PER BENEFIT SALUTE

Qualora l'*Assicurato* utilizzi medici non convenzionati presso una *struttura sanitaria convenzionata*, *Blue Assistance* paga direttamente la *struttura sanitaria* **(fermo quanto previsto per la stessa al punto 5.2)**, mentre **l'*Assicurato* deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica, che verranno rimborsate secondo le regole disciplinate al punto 5.4 e previa applicazione degli *scoperti/franchigie* previsti dalle *Opzioni di Copertura*.**

5.4 PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI ENTRAMBI NON CONVENZIONATI CON *BLUE ASSISTANCE* PER BENEFIT SALUTE

Fermo quanto stabilito dagli artt. 1910 (assicurazione presso diversi assicuratori), 1915 (inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio) e 2952 (Prescrizione in materia di assicurazione) del Codice Civile, **l'*Assicurato* deve – a prestazione effettuata – inviare la denuncia a *Blue Assistance***, denuncia **alla quale va allegata la documentazione medica e delle spese**.
In particolare **l'*Assicurato* deve fornire** a *Blue Assistance*:

- **copia della cartella clinica completa, esiti di accertamenti diagnostici, prescrizioni mediche, terapie e trattamenti con relative diagnosi;**
- **originali delle fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate**, che vengono poi restituite da *Blue Assistance* con indicazione della liquidazione effettuata.

In caso di intervento del SSN o di altro Ente assicuratore gli originali possono essere sostituiti da copie con documentazione di quanto erogato dagli enti predetti.

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

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

mancanza, quello contro dollaro U.S.A.
Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.
La diagnosi della patologia deve essere sempre fornita, pena la decadenza del diritto all'*indennizzo*, in relazione alle Prestazioni Extraricovero di cui ai punti 3.2.A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, L, M.
Ricevuta la documentazione completa di cui sopra (medica e di spesa), *Blue Assistance* provvede al rimborso delle spese indennizzabili a termini di *polizza* entro il termine di 30 giorni.
Rimane in ogni caso a carico dell'*Assicurato* il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa.

Qualora la presente *polizza* sia stata attivata dal *Contraente in forma a primo rischio* e l'*Assicurato* ottenga, per il tramite di altra copertura assicurativa, il rimborso delle spese sostenute, Reale Mutua garantisce il rimborso dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico**, purché indennizzabile a termini di *polizza*, nell'ambito del *massimale* e previa applicazione degli *scoperti/franchigie* – da applicarsi all'eccedenza di spesa per la quale è richiesto il rimborso – previsti dall'*Opzione di Copertura* prescelta.** A tal fine l'*Assicurato* **deve inoltrare a *Blue Assistance* la denuncia corredata dalla documentazione medica e di spesa con evidenza degli importi già erogati da altro Ente in favore dell'*Assicurato.***

5.5 *RICOVERO* A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per il pagamento della indennità sostitutiva del rimborso prevista al punto 3.1.i) **occorre fornire a *Blue Assistance* la *cartella clinica* completa del *ricovero***.

5.6 OBBLIGHI DELL'*ASSICURATO*

L'*Assicurato* deve inoltre:

- **sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, ad eventuali accertamenti e controlli medici** disposti da Reale Mutua o suoi incaricati, **fornendo ogni informazione** che la stessa ritenga necessaria;
- sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

5.7 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi*, si potrà procedere, su accordo tra l'*Assicurato* e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

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

B mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione prevista dal precedente alinea, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio sono designati dalle parti stesse 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

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

Collegio Medico 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.

5.8 DATA DEL *SINISTRO*

Per "data in cui si è verificato il *sinistro*" si intende il giorno in cui si è verificato il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*; per le Prestazioni Extraricovero: la data della prima prestazione sanitaria erogata.
Reale Mutua effettua, **nei limiti del *massimale* annuo previsto dall'*Opzione di Copertura* prescelta**, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del *sinistro*, e comunque non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto.
Qualora la polizza sia sostituita da copertura presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico di Reale Mutua.

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

FORMA DELLA COPERTURA

Il *Contraente* può scegliere di rendere operanti – a favore di ciascun universo assicurato – le garanzie di cui alla presente Sezione Rimborso Spese Odontoiatriche *in forma a primo rischio* o *in forma integrativa* ai Fondi/Casse "FASI, FASDAC, FISDAF, FIAT, QUAS".

Nei confronti degli *Assicurati* che siano entrati in copertura nel corso del secondo semestre dell'annualità assicurativa, la garanzia di cui alla presente Sezione è prestata – fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso – nell'ambito di un *massimale* pari al 60% di quello indicato nell'*Opzione di Copertura*.
Qualora il primo periodo assicurativo (rateo) sia stabilito di durata inferiore o pari a sei mesi, **per tale periodo la suddetta limitazione si intende operante nei confronti di tutti gli Assicurati.**
Qualora il primo periodo assicurativo (rateo) sia stabilito di durata superiore a sei mesi e inferiore all'anno, **per tale periodo la suddetta limitazione si intende operante nei confronti degli *Assicurati* che siano entrati in copertura nell'arco degli ultimi 180 giorni del periodo assicurativo medesimo.**
In ogni caso la copertura – relativamente alla presente Sezione Rimborso Spese Odontoiatriche – non opera per le *patologie preesistenti*.

Copertura in forma a primo rischio
Reale Mutua assicura le prestazioni odontoiatriche riportate nel successivo punto 6.1 **– unicamente se effettuate presso i *Centri Odontoiatrici* convenzionati con Blue Assistance per il presente prodotto – a condizione che siano presenti nell'*Opzione di Copertura* prescelta, con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalla presente Sezione, dalle allegate *Opzioni di Copertura* e dal Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico di cui all'Appendice 2.**

Copertura in forma integrativa
Qualora la copertura sia stata attivata *in forma integrativa*, **a parziale deroga di quanto indicato ai punti 6.1, 7.2, 8.1 e 8.3,** la copertura si intende operante, in caso di ricorso a Centri Odontoiatrici convenzionati o non convenzionati con Blue Assistance, nei seguenti termini**:**

- per i *Dipendenti* (e relativi *nuclei familiari*, se assicurati) che fruiscono dell'assistenza del Fondo/Cassa al quale sono iscritti, **Reale Mutua rimborsa – nell'ambito dei *massimali* previsti dall'*Opzione di Copertura* prescelta – l'eccedenza di spesa non sostenuta dal Fondo/Cassa e rimasta a carico dell'*Assicurato***, senza applicazione di alcuno *scoperto/franchigia*.
  La copertura in questo caso opera esclusivamente in forma a rimborso, nei termini di cui al punto 8.4.
  Resta inteso che:
  - **qualora l'*Assicurato* non usufruisca, per qualsivoglia motivo, dell'assistenza del Fondo/Cassa per una prestazione indennizzabile dall'Ente medesimo, la presente copertura si intende non operante e nessun rimborso è dovuto da Reale Mutua**;
  - qualora l'*Assicurato* necessiti di fruire di una prestazione prevista dal presente contratto, ma non indennizzabile dal Fondo/Cassa al quale è iscritto, l'*assicurazione* opera *in forma a primo rischio* – **previa applicazione di uno scoperto del 30% – esclusivamente con le modalità descritte ai successivi punti 6.2, 8.3 e 8.4.A; nessun rimborso è dovuto da Reale Mutua in caso di ricorso a *Centri Odontoiatrici* non convenzionati con *Blue Assistance* per il presente prodotto o a Centri**

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

convenzionati senza la preventiva attivazione della procedura prevista al punto 8.3.

- per il *nucleo familiare* dei *Dipendenti* iscritti alla Cassa QUAS, che non può fruire dell'assistenza della Cassa, la presente copertura opera *in forma a primo rischio*, **esclusivamente con le modalità descritte** 6.2, 8.3 e 8.4,A **previa applicazione di uno scoperto del 30%; nessun rimborso è dovuto da Reale Mutua in caso ricorso a *Centri Odontoiatrici* non convenzionati con *Blue Assistance* o a Centri convenzionati senza la preventiva attivazione della procedura prevista al punto 8.3.**
  Quanto indicato al presente alinea si intende operante anche per gli eventuali componenti del *nucleo familiare* dei *Dipendenti* iscritti ai Fondi sopraelencati, qualora tali familiari non siano assistibili dai medesimi.

Indipendentemente da quanto previsto dai Regolamenti di ciascun Fondo/Cassa, si conferma che l'operatività della presente *assicurazione* non può essere estesa a familiari del *Dipendente* con caratteristiche differenti da quelle descritte nella definizione di *nucleo familiare* presente nel Glossario.

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

COSA ASSICURIAMO

6.1 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

In caso di cure odontoiatriche rese necessarie da *infortunio* o *malattia* (fatta eccezione per quelle effettuate in regime di *ricovero*), *ai* sensi di quanto previsto dal punto 6.2, Reale Mutua rimborsa le spese sostenute per le prestazioni elencate nel Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico di cui all'Appendice 2, fino alla concorrenza dei singoli limiti e delle prestazioni ivi indicati e del *massimale* richiamati sull'*Opzione di Copertura* prescelta. Le prestazioni, i limiti e gli importi massimi rimborsabili sono descritti nel Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico composto dalle seguenti sottobranche:

Visita Specialistica – Igiene Orale	Cod. 1, 9
Radiologia Odontoiatrica e Fotografie	Cod. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
Chirurgia Orale	Cod. 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
Conservativa	Cod. 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36
Parodontologia	Cod. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
Endodonzia	Cod. 37, 38, 39, 40, 41
Gnatologia	Cod. 42, 43
Implantologia	Cod. 44, 45
Protesi Fisse e Rimovibili	Cod. 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57 58, 59, 60, 61
Ortodonzia	Cod. 62, 63, 64

Sono operanti le sole sottobranche esplicitamente richiamate nell'*Opzione di Copertura* prescelta.

6.2 MODALITÀ DI *INDENNIZZO (FORMA DI COPERTURA A PRIMO RISCHIO)*

A In caso di utilizzo di *Centri Odontoiatrici* convenzionati con la preventiva autorizzazione, *Blue Assistance* paga direttamente le spese sostenute ed indennizzabili entro i limiti previsti dal *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico*;

B In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, la spesa sostenuta dall'*Assicurato* per i ticket governativi viene interamente rimborsata entro il limite del *massimale* indicato nell'*Opzione di Copertura* prescelta.

N.B. In caso di operatività della *copertura in forma integrativa*, la spesa sostenuta dall'*Assicurato* viene rimborsata nei termini previsti al punto "Forma della Copertura".

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

DELIMITAZIONI DELL'*ASSICURAZIONE*

7.1 PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE DI ETÀ

L'*assicurazione* vale permanendo in vigore la qualifica di *Dipendente* e cessa con la risoluzione del rapporto di lavoro:

- per i *Dipendenti* che risolvono il rapporto per quiescenza (e per i relativi *nuclei familiari*, se assicurati) l'*assicurazione* vale **fino al compimento del periodo assicurativo in corso**;
- in caso di decesso del *Dipendente*, per il *nucleo familiare* –se assicurato– l'*assicurazione* vale **fino al compimento del periodo assicurativo in corso**;
- per i *Dipendenti* che risolvono il rapporto per altre cause (e per i relativi *nuclei familiari*, se assicurati) la garanzia cessa **con effetto immediato**.

Il premio convenuto è comunque dovuto a Reale Mutua e nessuna restituzione spetta al *Contraente*.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate. L'*assicurazione* cessa, nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile con il manifestarsi di una delle suddette malattie nel corso della validità della *polizza* e nessun *indennizzo* é dovuto da Reale Mutua. L'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Non sono assicurabili le persone che abbiano cessato l'attività a seguito del raggiungimento dei requisiti per il collocamento a riposo dal servizio secondo le vigenti leggi (personale in quiescenza).
In ogni caso qualora l'*Assicurato*, raggiunto il limite di età pensionabile, abbia optato per la prosecuzione dell'attività professionale a favore dell'*Azienda*, **permanendo in servizio senza soluzione di continuità, la presente *assicurazione* opera fino al compimento del 75° anno di età;** le persone che raggiungono tale età in corso di contratto si intendono in copertura fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso.
I medesimi limiti si intendono operanti per i componenti del *nucleo familiare*.

7.2 ESCLUSIONI

La garanzia di cui alla presente Sezione Rimborso Spese Odontoiatriche non comprende le spese per:

- **l'ortodonzia salvo quanto previsto nel *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico* per la prestazione di odontoiatria e fino ad un massimo di età di 21 anni;**
- **tutte le prestazioni non espressamente indicate nel *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico* (vedi Avvertenze, Procedure e Limiti del suddetto tariffario);**
- **qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in *day surgery* (degenza diurna) o in *ricovero* notturno, anche se con uso della sala operatoria, e/o analgesia profonda e/o anestesia generale;**
- **i costi relativi all'esame istologico, anche se richiesto con le "Procedure necessarie per ottenere i rimborsi";**
- **gli stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'A.I.D.S. o alla sieropositività all'H.I.V.;**
- **le prestazioni eseguite anche solo a parziale scopo estetico;**
- **i controlli di routine e/o check up salvo quanto previsto nel *Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico* per la prestazione di odontoiatria;**
- **gli stati patologici e/o le *malformazioni* e/o i *difetti fisici***

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

preesistenti alla data di decorrenza della *polizza* o alla data di ingresso nella stessa; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza della *polizza* o alla data di ingresso nella stessa;

- **le prestazioni sanitarie non effettuate da medici/odontoiatri regolarmente autorizzati nello Stato in cui esercitano (per l'Italia iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri);**
- **le procedure che non abbiano superato la fase di sperimentazione clinica;**
- **le conseguenze di *malattie* mentali, disturbi psichici in genere (compresi le *malattie* nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, quelle riferibili ad esaurimento nervoso), atti di autolesionismo (compreso tentato suicidio), forme maniaco depressive, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità;**
- **le conseguenze di atti dolosi commessi o tentati dall'*Assicurato*, abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti (compresi gli allucinogeni);**
- **le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;**
- **gli *infortuni* derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti e derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, sport aerei, sport (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli, moto o natanti a motore e sport per i quali è previsto l'utilizzo dei paradenti (esempio box, rugby, hockey, ecc).**
- **le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili); atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;**
- **le conseguenze di guerre ed insurrezioni; movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.**

7.3 *TERMINI DI CARENZA*

La garanzia di cui alla presente Sezione Rimborso Spese Odontoiatriche - nei confronti dei singoli *Assicurati* - decorre:

- per gli *infortuni* dalle ore 24 del giorno di effetto dell'*assicurazione* (o del successivo inserimento in copertura);

- per le cure odontoiatriche non dipendenti da *infortunio*, **dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* (o del successivo inserimento in copertura).**

I *termini di carenza* sopra indicati si intendono operanti sia in caso di operatività della *copertura in forma rischio*, sia in caso di operatività della *copertura in forma integrativa*. Qualora il presente contratto sia emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *polizza* in essere con Reale Mutua, relativamente agli stessi *Assicurati* i termini di cui sopra operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente *polizza*.

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

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL *SINISTRO*

8.1 DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI *SINISTRI*

Le prestazioni assicurate sono erogate entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico e comunque non oltre il massimale annuo previsto nell'*Opzione di Copertura* prescelta.

Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo *Assicurato* e ad un solo ciclo di cure.

8.2 DATA DEL *SINISTRO*

Per "data in cui si è verificato il *sinistro*" si intende il giorno in cui si sono iniziate le cure odontoiatriche, ovvero il ricevimento da parte di *Blue Assistance* del "Piano di Cure".

Reale Mutua, **nei limiti delle singole prestazioni e 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 3 mesi dalla scadenza della *polizza*.

8.3 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI *CENTRI ODONTOIATRICI* CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE PER BENEFIT SALUTE *IN FORMA A PRIMO RISCHIO*

Prima di accedere alla *struttura sanitaria* **l'*Assicurato* deve sempre telefonare a *Blue Assistance* ai seguenti numeri telefonici** dichiarando di essere assicurato con il prodotto Benefit Salute:

- dall'Italia: Numero Verde 800 - 092.092
- dall'*estero*: Prefisso internazionale +39 - 011 - 742.5555

Al fine di ottenere la prestazione l'*Assicurato* deve accedere ai *Centri Odontoiatrici* Convenzionati esclusivamente per il tramite di *Blue Assistance* in mancanza del quale la prestazione non è operante.

Blue Assistance é a disposizione degli *Assicurati*:

- dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato, per la prenotazione dei *Centri Odontoiatrici* convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura più idonea per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Al momento dell'accesso al Centro Odontoiatrico, l'*Assicurato* **sottoscrive il "Piano di Cure"**, che costituisce la denuncia del *sinistro*.

Blue Assistance, entro 8 giorni dal ricevimento del "Piano di Cure" dal Centro Odontoiatrico, provvede alla valutazione dello stesso ed alla comunicazione alla *struttura sanitaria* delle prestazioni assicurate.

Al momento della conclusione del "Piano di Cure" **l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (prestazioni non contemplate dalla garanzia e/o eventuali eccedenze rispetto al Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico).**

Nell'ambito del *massimale* indicato nell'*Opzione di Copertura*, *Blue Assistance* paga direttamente le spese nei termini previsti dal Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico, nel rispetto dei limiti temporali ed economici; provvede a raccogliere la relativa documentazione presso il Centro Odontoiatrico convenzionato e a restituire quella di spesa all'*Assicurato*, con allegata l'indicazione della liquidazione effettuata.

Il *Contraente* e gli *Assicurati* riconoscono espressamente che *Blue Assistance* non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dai *Centri Odontoiatrici* con essa convenzionati; pertanto prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente ai *Centri Odontoiatrici* che hanno prestato i servizi richiesti.

Blue Assistance è comunque a completa disposizione del *Contraente* e degli *Assicurati* per qualsiasi informazione

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

inerente la prestazione dei servizi.

Resta inteso che:

- l'*Assicurato* che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance*, delega Reale Mutua 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 Reale Mutua;**
- **rimane in ogni caso a carico dell'*Assicurato* il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa.**

8.4 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE O IN CASO DI OPERATIVITÀ DELLA COPERTURA *IN FORMA INTEGRATIVA*

L'*Assicurato* deve inviare la denuncia a *Blue Assistance*, alla quale va allegata la documentazione medica e di spesa, completa del "*Piano di Cure*". In particolare, **l'*Assicurato* deve fornire** a *Blue Assistance*:

- **"*Piano di Cure*" compilato e sottoscritto a cura del *Centro Odontoiatrico* e firmato dall'*Assicurato* stesso;**
- **originale o copia della fattura o della notula di spesa fiscalmente regolare e quietanzata, con documentazione di quanto erogato da altro Ente. Non vengono accettate fatture/notule di "acconto", "anticipo" o qualsiasi altra tipologia di giustificativo di spesa di fatturazione parziale delle prestazioni elencate su un unico *Piano di Cure*.**

Il rimborso delle spese sostenute all'*estero* in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A. Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta. Ricevuta la documentazione completa di cui sopra (medica e di spesa), *Blue Assistance* provvede al rimborso delle spese indennizzabili a termini di *polizza* entro il termine di 30 giorni.

Rimane in ogni caso a carico dell'*Assicurato* il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa.

Nell'ambito del *massimale* previsto nell'*Opzione di Copertura* prescelta, *Blue Assistance* rimborsa le spese indennizzabili e provvede a **restituire la documentazione di spesa con allegata l'indicazione della liquidazione effettuata.**

Blue Assistance è comunque a completa disposizione del *Contraente* e degli *Assicurati* per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

8.5 OBBLIGHI DELL'*ASSICURATO*

L'*Assicurato* deve:

- **sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o suoi incaricati, fornendo ogni informazione che la stessa ritenga necessaria;**
- **produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.**

8.6 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra l'*Assicurato* e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

A mediante valutazione collegiale

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

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

B **mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti del Collegio saranno designati dall'*Assicurato* e da Reale Mutua 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 Medico 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.

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

Reale Mutua eroga la prestazione di assistenza nel caso si renda necessaria a causa degli eventi di seguito indicati.
Per poterne usufruire l'*Assicurato* deve contattare la *Centrale Operativa*, funzionante 24 ore su 24 tutti giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:
- **telefono, ai numeri:**

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-092092	PREFISSO INTERNAZIONALE seguito da 011 742 55 55

posta elettronica, all'indirizzo:
assistenza@blueassistance.it

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.

COSA ASSICURIAMO

9.1 CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di *infortunio* e/o *malattia improvvisa*. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.**
Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

9.2 INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

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

9.3 INVIO DI UN MEDICO SPECIALISTA

Qualora l'*Assicurato,* al momento della dimissione da una *struttura sanitaria,* oppure in caso di non autosufficienza, necessiti, **come certificato da prescrizione medica,** della visita di uno specialista presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa*, provvede a reperire e ad inviare un medico specialista.
Qualora nessuno dei medici convenzionati sia immediatamente disponibile, in alternativa ed in accordo con l'*Assicurato*, la *Centrale Operativa* organizza il trasferimento di quest'ultimo nella più vicina *struttura sanitaria* mediante autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

9.4 PRENOTAZIONE DI VISITE ED ESAMI

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

9.5 CONSEGNA FARMACI AL DOMICILIO

Qualora l'*Assicurato* venga a trovarsi in uno stato di *non autosufficienza temporanea* presso la propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, **che comporti una permanenza a letto o una situazione di forte disagio, certificati da prescrizione medica** - la *Centrale Operativa* **per un periodo massimo di**

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

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

9.6 CONSEGNA SPESA AL DOMICILIO

Qualora l'*Assicurato* si trovi in uno stato di *non autosufficienza temporanea* presso la propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, **che comporti una permanenza a letto o una situazione di forte disagio, certificati da prescrizione medica** – la *Centrale Operativa* provvede a garantire, **per un periodo di 30 giorni successivi all'evento**, la consegna al domicilio di generi alimentari o di prima necessità.
L'*Assicurato*, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa*** fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito.
La consegna potrà avvenire – nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne – fino a due volte la settimana, previo accordo con l'*Assicurato*.
L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.
A carico dell'*Assicurato* resta il solo costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

9.7 PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI

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

9.8 INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

Qualora, a seguito di *infortunio* o *malattia*, l'*Assicurato* venga a trovarsi presso la propria *residenza*, **in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto**

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

certificata da prescrizione medica, la *Centrale Operativa* - **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico di Reale Mutua **fino a un massimo di 12 ore.**
Tali prestazioni possono essere usufruite dall'*Assicurato* in moduli di 4 o 6 ore cadauna nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.
Per l'attivazione della garanzia, l'*Assicurato* **deve comunicare alla *Centrale Operativa* la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.**

9.9 INVIO DI UN INFERMIERE

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

9.10 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 Reale Mutua **fino alla concorrenza di € 500 per *sinistro*.**

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

DELIMITAZIONI DELL'*ASSICURAZIONE*

10.1 PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE DI ETÀ

L'*assicurazione* vale permanendo in vigore la qualifica del *Dipendente* e cessa con la risoluzione del rapporto di lavoro:

- per i *Dipendenti* che risolvono il rapporto per quiescenza (e per i relativi *nuclei familiari*, se assicurati) l'*assicurazione* vale **fino al compimento del periodo assicurativo in corso**;
- in caso di decesso del *Dipendente*, per il *nucleo familiare* –se assicurato– l'*assicurazione* vale **fino al compimento del periodo assicurativo in corso**;
- per i *Dipendenti* che risolvono il rapporto per altre cause (e per i relativi *nuclei familiari*, se *assicurati*) la garanzia cessa **con effetto immediato**.

Il premio convenuto è comunque dovuto a Reale Mutua e nessuna restituzione spetta al *Contraente*.
Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate. L'*assicurazione* cessa, nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile con il manifestarsi di una delle suddette *malattie* nel corso della validità della *polizza* e nessun *indennizzo* é dovuto da Reale Mutua. L'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Non sono assicurabili le persone che abbiano cessato l'attività a seguito del raggiungimento dei requisiti per il collocamento a riposo dal servizio secondo le vigenti leggi (personale in quiescenza).
In ogni caso qualora l'*Assicurato*, raggiunto il limite di età pensionabile, abbia optato per la prosecuzione dell'attività professionale a favore dell'*Azienda*, **permanendo in servizio senza soluzione di continuità, la presente *assicurazione* opera fino al compimento del 75° anno di età;** le persone che raggiungono tale età in corso di contratto si intendono in copertura fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso.
I medesimi limiti si intendono operanti per i componenti del *nucleo familiare*.

10.2 ESCLUSIONI

Reale Mutua non presta le garanzie qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta di:

- **guerre, insurrezioni, occupazioni militari;**
- **eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria,uragani, alluvioni, inondazioni e altri sconvolgimenti della natura;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;**
- **atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;**
- ***infortuni* derivanti dalla pratica di:**
  - **sport aerei in genere;**
  - **partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore.**

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

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

GESTIONE DEL *SINISTRO*

11.1 OBBLIGHI DELL'*ASSICURATO*

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

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;

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

11.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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

11.3 RESTITUZIONI DI BIGLIETTI DI VIAGGIO

Reale Mutua 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*

SEZIONE LONG TERM CARE

Come previsto dal punto 2.1, la garanzia di cui alla presente Sezione si intende prestata unicamente al *Dipendente*.
Pertanto, non è estesa al *nucleo familiare* anche se assicurato con la presente *polizza*.

COSA ASSICURIAMO

12.1 RISCHIO ASSICURATO

Reale Mutua garantisce gli *Assicurati* contro il rischio della perdita di autosufficienza.
E' considerata non autosufficiente la persona che:

- **si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:**
  - lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;
  - nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
  - muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
  - vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.
- è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, e giustifica l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

12.2 GARANZIE ASSICURATE

Dal momento in cui l'*Assicurato* venisse a trovarsi nello stato di *non autosufficienza*, Reale Mutua erogherà, mediante una *polizza* Vita non rivalutata, una rendita in rate mensili di € 325 ciascuna per un periodo di 3 anni.
La rendita è corrisposta al termine del *differimento* di 90 giorni, a condizione che l'*Assicurato* permanga in vita e perduri lo stato di *non autosufficienza*; diversamente vale quanto indicato al punto 14.2.

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

DELIMITAZIONI DELL'*ASSICURAZIONE*

13.1 PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE DI ETÀ

L'*assicurazione* vale permanendo in vigore il rapporto di *Dipendente* e cessa con la risoluzione del rapporto di lavoro:

- per i *Dipendenti* che risolvono il rapporto per quiescenza l'*assicurazione* vale **fino al compimento del periodo assicurativo in corso**;
- per i *Dipendenti* che risolvono il rapporto per altre cause la garanzia cessa **con effetto immediato**.

Il premio convenuto è comunque dovuto a Reale Mutua e nessuna restituzione spetta al *Contraente*.

Non sono assicurabili le persone:

- **affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate. L'*assicurazione* cessa, nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile con il manifestarsi di una delle suddette malattie nel corso della validità della *polizza* e nessun *indennizzo* é dovuto da Reale Mutua;**
- **che al momento della sottoscrizione del contratto non siano autosufficienti;**
- **che abbiano cessato l'attività a seguito del raggiungimento dei requisiti per il collocamento a riposo dal servizio secondo le vigenti leggi (personale in quiescenza).**

In ogni caso qualora l'*Assicurato*, raggiunto il limite di età pensionabile, abbia optato per la prosecuzione dell'attività professionale a favore dell'*Azienda*, **permanendo in servizio senza soluzione di continuità, la presente *assicurazione* opera fino al compimento del 75° anno di età;** le persone che raggiungono tale età in corso di contratto si intendono in copertura fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso.

I medesimi limiti si intendono operanti per i componenti del *nucleo familiare*.

L'eventuale incasso del premio, dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste, non costituisce deroga; il premio medesimo verrà quindi restituito da Reale Mutua.

13.2 ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- **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* (o del successivo ingresso in copertura).**
- **atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato;***
- **atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati), e accelerazioni di particelle atomiche;**
- **guerre ed insurrezioni;**
- **abuso di alcolici, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;**
- **incidente di volo, se l'*Assicurato* viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;**
- **patologie psichiatriche, sindromi nevrotiche e caratteriali.**

13.3 TERMINI DI CARENZA

Fermo quanto disposto al punto 1.2, la

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

garanzia opera per i casi di non autosufficienza che si verificano dopo i periodi sotto indicati:

a. dal giorno di effetto dell'*assicurazione* (o del successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente ad *infortunio;*

b. dopo 3 anni dall'effetto dell'*assicurazione* (o del successivo ingresso in copertura) nel caso di *non autosufficienza* conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica;

c. dopo 90 giorni dall'effetto dell'assicurazione (o dal successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da quelle specificate nei precedenti punti a) e b).

I casi di non autosufficienza verificatisi durante i periodi sopra indicati, liberano Reale Mutua dagli obblighi contrattuali e causano la rescissione del contratto nei confronti del singolo *assicurato* con rimborso dei premi.

Qualora la *polizza* sia emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza in essere con Reale Mutua, per gli stessi *Assicurati* i termini di cui sopra operano per le maggiori somme assicurate dalla presente *polizza*.

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

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL *SINISTRO*

14.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI *NON AUTOSUFFICIENZA*

A. L'*Assicurato* o chi per esso deve:

- dare avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza*, oppure alla Sede di Reale Mutua, nel più breve tempo possibile;
- produrre tutta la documentazione medica in suo possesso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- sottoporsi anche in fase di *ricovero*, ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o da suoi incaricati;
- fornire alla stessa ogni informazione;
- fornire delega scritta a Reale Mutua al fine di poter verificare l'esistenza in vita dell'*Assicurato*;
- fornire certificato del medico curante o medico ospedaliero che documenti lo stato di *non autosufficienza* dell'*Assicurato*, precisando la data di inizio e la causa che lo ha determinato;
- in caso di perdita delle capacità cognitive, fornire gli esiti di un accertamento diagnostico preciso comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive come il test M.M.S. di Folstein.

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

B. Reale Mutua, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvede a formalizzare il riconoscimento dello stato di *non autosufficienza*.

Entro tale periodo Reale Mutua si riserva il diritto di accertare lo stato di *non autosufficienza* con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico.

14.2 CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA RENDITA – RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI *NON AUTOSUFFICIENZA*

Il riconoscimento da parte di Reale Mutua dello stato di *non autosufficienza* - come indicato al punto 14.1.B - dà diritto all'*Assicurato* a percepire la rendita assicurata per il periodo indicato al punto 12.2 o comunque fino a quando perdura lo stato di *non autosufficienza*.

Il pagamento della rendita inizia al termine del *differimento* di 90 giorni a partire dalla data di riconoscimento dello stato di *non autosufficienza.*

Reale Mutua si riserva la facoltà di procedere in ogni momento ad un controllo dello stato di salute dell'*Assicurato* e di farlo esaminare da un medico. Può inoltre richiedere tutti i documenti che sono considerati necessari a comprovare il suo effettivo stato di salute.

In caso di rifiuto dell'*Assicurato* a sottoporsi ai controlli necessari o di fornire la documentazione richiesta, il pagamento della rendita sarà sospeso.

Qualora durante il periodo di erogazione della rendita vengano meno i requisiti di *non autosufficienza*, **l'*Assicurato* è tenuto a darne comunicazione a Reale Mutua entro 30 giorni**; **l'erogazione della rendita viene sospesa dal momento in cui è stata recuperata l'autosufficienza, per riprendere il giorno in cui la *non autosufficienza* viene nuovamente riconosciuta.**

Qualora durante il periodo di erogazione della rendita si verifichi il decesso dell'*Assicurato*, **gli eredi sono tenuti a darne comunicazione a Reale Mutua entro 30 giorni; l'erogazione della rendita viene interrotta dal momento in cui si è verificato il decesso dell'*Assicurato***.

Le eventuali rate di rendita corrisposte oltre i suddetti termini saranno restituite a Reale Mutua.

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

14.3 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra l'*Assicurato* e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

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

B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti del Collegio saranno designati dall'*Assicurato* e da Reale Mutua 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 Medico 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.

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

APPENDICE 1 - ELENCO DELLE *GRAVI PATOLOGIE*

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

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

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

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

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N.
Epatite acuta con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Tumori benigni polmonari con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del timo che richiedono intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: ♦ emo-trasfusioni periodiche; ♦ terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; ♦ trapianto di midollo osseo. La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da infortunio o malattia. La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.

ELENCO DELLE *GRAVI PATOLOGIE*

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

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Coma irreversibile	Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da cartella clinica completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
Ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso ricovero in Unità Coronarica)	Infortuni, gravi malori improvvisi che necessitano di ricovero in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.

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

APPENDICE 2 – NOMENCLATORE TARIFFARIO ODONTOIATRICO

Premesse generali

Non sono rimborsabili

- **le terapie odontoiatriche con finalità estetiche;**
- **qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in day surgery; ovvero con uso della sala operatoria, retta di degenza diurna, analgesia profonda;**
- **qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in ricovero notturno; ovvero con uso della sala operatoria, retta di degenza notturna, analgesia profonda o anestesia generale;**
- **l'esame istologico, anche se richiesto con le "Procedure necessarie per ottenere i rimborsi".**

Qualsiasi prestazione non specificatamente descritta non è rimborsabile.
L'anestesia locale è compresa nelle prestazioni, laddove necessaria.

VISITA SPECIALISTICA - IGIENE ORALE

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
1	Prima visita con "Progetto di cure" - preventivo di spesa		Massimo 1 volta l'anno	€ 30,00
9	Detartrasi sopragengivale e/o sottogengivale per entrambe le arcate	Può essere eseguita esclusivamente da odontoiatra o igienista con diploma/laurea	Non ripetibile prima di 1 anno. Non sovrapponibile a scaling e root planing nello stesso anno	€ 35,00

RADIOLOGIA ODONTOIATRICA E FOTOGRAFIE

Premesse specifiche della sottobranca

Non è rimborsabile il completo radiografico endorale (16/21), il Dentascan.
Non è rimborsabile la radiografia endorale o radiografia occlusale, fotografia o immagine video intraorale, salvo quelle richieste e descritte per alcune prestazioni.
AVVERTENZE: La radiografia Ortopanoramica dentaria (O.P.T.) pre-cure si ritiene valida se eseguita non più di 4 (quattro) anni prima dell'inizio delle cure/prestazioni risultanti sul "Progetto di Cure" o sulla "Richiesta di Rimborso". Le radiografie: Rx endorali periapicali o occlusali e le fotografie o immagini video intraorali si ritengono valide se eseguite non più di 90 (novanta) giorni prima dell'inizio delle cure risultanti nel "Progetto di Cure" o sulla "Richiesta di Rimborso".
Il telecranio con esame cefalometrico pre-cure si ritiene valido se eseguito non più di 90 (novanta) giorni prima dell'inizio del trattamento.
Le radiografie e fotografie post-cura devono essere eseguite alla fine delle cure.
Nota Bene: Gli esami pre e post cure per essere validi devono essere solo indagini radiografiche pre e post cure oppure solo indagini fotografiche pre e post cure.
I costi di tali esami non possono essere tra loro sommati sia nelle pre-cure, sia nel post-cure. Non sono valide le diapositive.
A titolo esemplificativo, al fine di avere una congruenza tra indagini radiologiche e/o fotografiche tra pre-cure e post-cure, si deve inviare nel post-cure la medesima tipologia di indagine inviata nel pre-cure:
pre-cure: Rx (O.P.T. o endorale) --> post-cure: Rx (O.P.T. o endorale o occlusale)
pre-cure: fotografia o immagine video intraorale --> post-cure: fotografia o immagine video intraorale

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

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
2	Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie pre e post-cure	Fototimbro o pennarello indelebile sull'O.P.T. (nome, cognome, data)	Massimo 2 volte l'anno	€ 30,00
3	Rx endorale periapicale: devono essere visibili almeno 3 elementi dentari contigui o la zona anatomica contigua (lastrine 4 x 3)	Nome, cognome, e data con pennarello indelebile sul porta lastrine	Al massimo 3 lastrine pre-cure e 3 lastrine post-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€ 12,00
4	Rx occlusale: in caso di grandi riabilitazioni laddove non siano sufficienti le 3 (tre) Rx endorali/fotografie intraorali post-cure o non sia possibile eseguire una O.P.T. post-cure	Nome, cognome, e data con pennarello indelebile su Rx occlusale	Al massimo 2 Rx occlusali post-cure: 1 radiogramma per arcata superiore, 1 radiogramma per arcata inferiore; unicamente in riferimento alla prestazioni richieste	€ 12,00
5	In alternativa ad O.P.T. e/o Rx endorale periapicale: fotografia o immagine video intraorale	Pennarello indelebile sulle foto che indichi nome, cognome e data; se fotografie digitali medesimi riferimenti scritti con il computer. Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca	Al massimo 3 fotografie pre-cure e massimo 3 fotografie post-cure o 2 fotografie intraorali occlusali pre e post-cure in caso di grandi riabilitazioni; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€ 5,00
6	Telecranio pre e post cure (qualsiasi numero di proiezioni) compreso eventuale esame cefalometrico pre-cure ortodontiche	Fototimbro o pennarello indelebile sulla radiografia. (nome, cognome, data)	Massimo 2 volte l'anno. Non rimborsabile se eseguite le fotografie pre e post cure. unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€ 35,00
7	In alternativa a Telecranio ed esame cefalometrico pre-cure ortodontiche per la terapia ortodontica funzionale rimovibile (cod. 63): fotografia del morso/morso inverso	Sulla foto indicare nome, cognome, e data di esecuzione con pennarello indelebile	Al massimo 3 fotografie pre-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€ 5,00
8	In alternativa al Telecranio post-cure per terapie ortodontiche fissa e funzionale rimovibile (cod. 62 e 63): fotografia dei modelli in occlusione	Sulla foto indicare nome, cognome, e data di esecuzione con pennarello indelebile	Al massimo 3 fotografie post-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€ 5,00

CHIRURGIA ORALE

Premesse specifiche della sottobranca

Sono riconosciuti come rimborsabili unicamente gli interventi chirurgici sotto elencati, svolti ambulatorialmente ed in anestesia locale

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
17	Intervento di chirurgia endodontica per asportazione III° apicale della radice - per elemento (qualsiasi numero di radici - compresa chiusura apice chirurgico)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 180,00

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

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
18	Intervento per prelievo bioptico dei tessuti molli o duri, qualsiasi regione della cavità orale, compresa la lingua (qualsiasi numero di prelievi per un unico tempo chirurgico)	Copia referto istologico	Una volta nella stessa zona anatomica, salvo autorizzazione medica. Costo esame istologico non rimborsabile.	€ 75,00
19	Intervento di chirurgia ortodontica per esposizione di elemento incluso, comprensivo dell'eventuale posizionamento di viti transmucose (qualsiasi tipo), per trazione elementi infraocclusione o parzialmente erotti, compresa la prestazione dell'ortodontista per l'ancoraggio - per elemento		Mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 110,00
20	Avulsione (estrazione) semplice o complessa di dente o radice, o rimozione semplice o complessa di fixture in titanio - per elemento - per fixture (per qualsiasi numero di radici di elementi pluriradicolati scoronati)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 50,00
21	Avulsione (estrazione) chirurgica di dente o radice in inclusione ossea parziale o totale, o germectomia, o rimozione di fixture in titanio in inclusione ossea - per elemento per fixture (per qualsiasi numero di radici incluse di elementi pluriradicolati scoronati)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 90,00
22	Avulsione (estrazione) chirurgica di III° molare in disodontiasi - per elemento (comprese eventuali radici ritenute)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 130,00
23	Intervento per regolarizzazione cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi torus palatino o torus mandibolare per fini protesici - per emiarcata	Rimborsabile esclusivamente in caso di riabilitazione protesica rimovibile contestuale o pregressa	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 180,00
24	Frenulectomia e/o frenulotomia - per arcata		Mai ripetibile per la stessa arcata	€ 100,00
25	Interventi di piccola chirurgia orale: incisione di ascessi o asportazione di cisti mucose o di piccole neoplasie - per emiarcata	Nel caso di asportazione cisti mucose o piccole neoplasie, copia referto istologico. In caso di ascesso invio copia diario clinico che espliciti l'elemento/gli elementi dentari, coinvolti nel processo suppurativo	Non ripetibile prima di 1 anno per la stessa emiarcata. Costo esame istologico non rimborsabile	€ 90,00
26	Asportazione di granuloma periferico a cellule giganti compresa eventuale resezione dell'osso alveolare	Copia referto istologico	Una volta, mai ripetibile. Costo esame istologico non rimborsabile	€ 125,00

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

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
27	Avulsione (estrazione) di singola/e radice/i di dente pluriradicolato compresa rizotomia – per elemento (qualsiasi numero di radici - compreso lembo - non associabile ad altri tipi di prestazione)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 100,00
28	Separazione di radici in dente pluriradicolato - per elemento (qualsiasi numero di radici compreso lembo - non associabile ad altri tipi di prestazione)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 70,00

CONSERVATIVA

Premesse specifiche della sottobranca

E' rimborsabile solo un'otturazione per dente. Non sono rimborsabili le otturazioni, qualsiasi tipo, su denti devitalizzati.

Di norma, la prima e seconda classe di Black si riferiscono agli elementi dentari da primo premolare a terzo molare sup/inf.; la terza e quarta classe di Black si riferiscono agli elementi dentari da canino a canino sup./inf.; la quinta classe di Black è riferita a qualsiasi elemento dentario.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
29	Posizionamento di materiali protettivi sul fondo cavitario - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 30,00
30	Intarsi in oro o ceramica (e similari) inlay-onlay-overlay compreso provvisorio - per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento. Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	€ 280,00
31	I classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a II - III - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 65,00
32	II classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - III - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 80,00
33	III classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - II - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 65,00
34	IV classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - II - III classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 80,00
35	V classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 65,00
36	Ricostruzione del dente con perni endocanalari - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)		Non ripetibile prima di 3 anni per stesso elemento	€ 110,00

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

PARODONTOLOGIA

Premesse specifiche della sottobranca

Le prestazioni di chirurgia in parondotologia non sono sovrapponibili sulle stesse arcate ed emiarcate o elementi dentari.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
10	Intervento di chirurgia gengivale o scaling e root planing a cielo aperto - per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€ 360,00
11	Intervento di chirurgia mucogengivale o di approfondimento di fornice inclusa frenulectomia o frenulotomia - per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€ 400,00
12	Intervento di chirurgia ossea (resettiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa) per emiarcata (trattamento completo - incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 280,00
13	Intervento per gengivectomia o gengivoplastica – per emiarcata (come unica prestazione - non associabile ad altre)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€ 175,00
14	Utilizzo di materiali biocompatibili - per emiarcata (qualsiasi tipo - incluso qualsiasi tipo di lembo - inclusa sutura)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 200,00
15	Scaling e root planing - per emiarcata	Può essere eseguita esclusivamente da odontoiatra o igienista con diploma/laurea	Non ripetibile prima di 2 anni per la stessa emiarcata. Non sovrapponibile a detartrasi sopragengivale e sottogengivale nello stesso anno.	€ 65,00
16	Bloccaggio interdentale - per emiarcata (qualsiasi materiale utilizzato)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 130,00

ENDODONZIA

Premesse specifiche della sottobranca

Di solito 1 canale è presente negli incisivi centrali, laterali, superiori ed inferiori, nei canini superiori ed inferiori; 2 canali nei quattro premolari superiori ed inferiori; 3 o più canali nei 12 molari.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
37	Trattamento endodontico monocanalare - per elemento (1 canale - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 90,00

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

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
38	Trattamento endodontico bicanalare - per elemento (2 canali - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 150,00
39	Trattamento endodontico tricanalare o più – per elemento (3 canali o più - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 200,00
40	Asportazione tessuto pulpare parziale o totale ed eventuale otturazione della camera pulpare - per elemento (qualsiasi numero di canali)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 70,00
41	Ritrattamento endodontico rimborsabile per massimo 3 canali - per elemento (compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale preendodontica) – comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 100,00

GNATOLOGIA

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
42	Molaggio selettivo parziale o totale. Massimo 1 seduta		Non ripetibile prima di 1 anno	€ 90,00
43	Bite plane, o orto bite, o bite guarde	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 2 anni	€ 300,00

IMPLANTOLOGIA

Premesse specifiche della sottobranca

Per il cod. 44 sono previste le seguenti procedure necessarie per ottenere i rimborsi:

- **pre-cure**:
  O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale.
  Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure".
  Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:
  - Max 1 O.P.T. "pre-cure";
  - Max 3 Rx endorali periapicali "pre-cure";
  - Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "pre-cure".
- **post-cure:**
  O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o Rx occlusale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale.

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

Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure".
Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "post-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "post-cure";
- Max 2 Rx occlusali "post-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "post-cure".
- Nella Rx endorale periapicale devono essere visibili gli elementi dentari contigui, qualora presenti, o la zona anatomica contigua alla/e fixture (Lastrine 4x3);
- O.P.T., fotografie o immagini video intraorali, devono riportare nome, cognome e data di esecuzione. Le Rx endorali periapicali devono riportare gli stessi dati scritti sul porta lastrina;
  Nota bene: Nel caso in cui le 3 fotografie/3 Rx endorali periapicali post–cure previste si reputassero insufficienti ad evidenziare le parti anatomiche trattate, si devono inviare al loro posto n° 2 fotografie intraorali occlusali o n° 2 Rx occlusali.
- Non verranno accettate diapositive al posto delle fotografie intraorali.
  Attenzione: Nel caso in cui l'Odontoiatra o l'Assistito non ritenesse di eseguire l'O.P.T. e/o la Rx endorale periapicale è necessaria una dichiarazione su carta intestata dell'Odontoiatra che riporti le motivazioni per le quali non sono state eseguite le radiografie, specificando se la scelta è stata dell'Odontoiatra o dell'Assistito. Rimane comunque l'obbligo dell'invio delle fotografie pre e post-cure.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
44	Posizionamento di fixture - qualsiasi tipo di fixture - come unica prestazione - per fixture (per le procedure di rimborso vedi premesse specifiche della sottobranca)	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca. Vedi cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5.	Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 1.000,00
45	Intervento per aumento verticale e/o orizzontale del processo alveolare residuo con innesto di osso autologo nel seno mascellare (prelievo intraorale) e/o inserimento di materiali biocompatibili (qualsiasi tipo), o intervento per ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta mandibolare o mascellare con innesto di osso autologo, (prelievo intraorale) e/o utilizzo di materiali biocompatibili (qualsiasi tipo), o apertura del seno mascellare (per complicanze post-estrattive, presenza corpo estraneo, etc.) - intervento ambulatoriale - per emiarcata	Unicamente O.P.T. pre e post cure. Copia diario clinico. Non sono possibili RX endorali, Rx occlusali o fotografie	Una volta, mai ripetibile per la stessa emiarcata. In caso dovessero essere eseguiti 2 interventi chirurgici contemporaneamente in una unica seduta operatoria il secondo intervento verrà rimborsato al 50%	€ 700,00

PROTESI FISSE E RIMOVIBILI

Premesse specifiche della sottobranca

Qualsiasi prestazione di protesi fissa e/o rimovibile non è rimborsabile prima di 6 mesi, anche se necessaria per la protesizzazione di una fixture (impianto) sullo stesso elemento.
Le voci protesi parziale rimovibile, protesi scheletrata, protesi totale, non sono fra loro compatibili sulla stessa arcata/emiarcata.

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

Per i cod. 46, 47 e 48 sono previste le seguenti procedure necessarie per ottenere i rimborsi:

◆ **pre-cure:**

O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale. Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure". Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "pre-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "pre-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "pre-cure".

◆ **post-cure:**

O.P.T. oppure Rx endorale periapicale o Rx occlusale o in alternativa fotografia o immagine video intraorale. Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure". Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:

- Max 1 O.P.T. "post-cure";
- Max 3 Rx endorali periapicali "post-cure";
- Max 2 Rx occlusali "post-cure";
- Max 3 fotografie o immagini video intraorali o max 2 fotografie intraorali occlusali "post-cure".
- Nella Rx endorale periapicale devono essere visibili gli elementi dentari contigui, qualora presenti, o la zona anatomica contigua alla/e fixture (Lastrine 4x3);
- O.P.T., fotografie o immagini video intraorali, devono riportare nome, cognome e data di esecuzione. Le Rx endorali periapicali devono riportare gli stessi dati scritti sul porta lastrina;

Nota bene: Nel caso in cui le 3 fotografie/3 Rx endorali periapicali post–cure previste si reputassero insufficienti ad evidenziare le parti anatomiche trattate, si devono inviare al loro posto n° 2 fotografie intraorali occlusali o n° 2 Rx occlusali;

- Copia certificazione del laboratorio odontotecnico dettagliata, ove richiesto;
- Non verranno accettate diapositive al posto delle fotografie intraorali.

Attenzione: Nel caso in cui l'Odontoiatra o l'Assistito non ritenesse di eseguire l'O.P.T. e/o la Rx endorale periapicale è necessaria una dichiarazione su carta intestata dell'Odontoiatra che riporti le motivazioni per le quali non sono state eseguite le radiografie, specificando se la scelta è stata dell'Odontoiatra o dell'Assistito. Rimane comunque l'obbligo dell'invio delle fotografie pre e post-cure.

PROTESI FISSE

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
46	Elemento a giacca in resina – per elemento definitivo	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 240,00
47	Elemento fuso in lega preziosa o lega preziosa e faccetta in resina o lega preziosa e faccetta in resina fresata, o elemento metallo-composito, o elemento metallo-resina - per elemento	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 400,00
48	Elemento metallo-ceramica o metal free o AGC e porcellana - qualsiasi tipo - per elemento	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 600,00
49	Elemento in resina provvisorio – per elemento		Massimo 1 volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di 5 anni	€ 60,00

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

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
50	Elemento in resina provvisorio rinforzato – qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato – per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di 5 anni	€ 80,00
51	Perno moncone fuso in lega preziosa o lega non preziosa o ceramici (qualsiasi tipo) – per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 180,00
52	Rifacimento moncone protesico – qualsiasi materiale - per elemento	Rimborsabile esclusivamente in caso di protesizzazione pregressa o contestuale di un elemento dentario	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 140,00
53	Rimozione corone o perni pre-esistenti – qualsiasi tipo (per singoli elementi/pilastri – per singoli perni) - non sono rimborsabili gli elementi intermedi eventualmente presenti		Non ripetibile prima di 5 anni	€ 45,00
54	Riparazione di faccette in resina o ceramica		Non ripetibile prima di 2 anni	€ 35,00

PROTESI RIMOVIBILI

Premesse specifiche della sottobranca

Nota bene: Per protesi totale definitiva (cod. 58) in caso di Overdenture su denti naturali è possibile richiedere il cod. 58 inviando una dichiarazione dell'Odontoiatra che espliciti il suddetto tipo di trattamento.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
55	Protesi scheletrata (qualsiasi tipo di lega) - per arcata - completa di elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€ 960,00
56	Struttura parziale rimovibile definitiva (qualsiasi tipo) - per emiarcata - completa di ganci ed elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 400,00
57	Struttura parziale rimovibile provvisoria (qualsiasi tipo) - per emiarcata – completa di ganci ed elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione della stessa emiarcata. Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 280,00
58	Protesi totale definitiva con elementi in ceramica o in resina - in pazienti totalmente edentuli - per arcata	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€ 850,00
59	Protesi totale immediata – per arcata	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione della stessa arcata. Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa arcata	€ 700,00

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

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
60	Ribasamento di protesi rimovibile - sistema diretto o indiretto - per arcata	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico in caso di ribasamento indiretto	Non ripetibile prima di 1 anno per la stessa arcata.	€ 150,00
61	Attacchi di precisione - per elemento (qualsiasi tipo di lega) o controfresaggi in lega preziosa, o cappette radicolari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 150,00

ORTODONZIA

Premesse specifiche della sottobranca

Le terapie ortodontiche sono rimborsabili fino all'anno del compimento del 21° anno di età. In caso le cure non fossero terminate entro il suddetto anno, queste non saranno più rimborsabili.
Per i cod. 62, 63 e 64 sono previste le seguenti procedure necessarie per ottenere i rimborsi:

- **pre-cure**:
  Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure".
  Telecranio ed esame cefalometrico pre-cure o in alternativa: fotografia del"morso/morso inverso".
  Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:
  - Max 1 Telecranio "pre-cure";
  - Max 3 fotografie "pre-cure";
- **post-cure:**
  Le indagini radiografiche e fotografiche non possono essere tra loro sommate ai fini dei rimborsi per lo stesso "Progetto di cure". Telecranio o in alternativa: fotografia dei modelli in occlusione.
  Limiti di rimborsabilità degli esami/fotografie:
  - Max 1 Telecranio "post-cure";
  - Max 3 fotografie "post-cure";
  - Certificazione del laboratorio odontotecnico per le apparecchiature rimovibili e/o funzionali;

  I codici 62, 63, 64 non sono sommabili tra di loro nello stesso anno per la stessa arcata ai fini del rimborso.
  Qualsiasi forma di trattamento ortodontico comprensivo del mantenimento, è rimborsabile al massimo per 3 (tre) anni, anche non consecutivi, sempre nei limiti dell'anno di compimento del 21° anno di età.
  Attenzione: Nel caso in cui l'Odontoiatra o l'Assistito non ritenga di eseguire il telecranio pre e/o post cure è necessaria una dichiarazione su carta intestata dell'Odontoiatra che riporti le motivazioni per le quali non sono state eseguite le radiografie, specificando se la scelta è stata dell'Odontoiatra o dell'Assistito. In caso vengano inviate le fotografie pre-cure è necessaria anche la certificazione dell'Odontoiatra che descriva la malocclusione rilevata ed il trattamento correttivo da eseguire.

I RIMBORSI SI POSSONO RICHIEDERE UNA SOLA VOLTA L'ANNO.

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
62	Terapia ortodontica fissa - per arcata - (qualsiasi tipo e tecnica) non sovrapponibile all'ortodonzia mobile (compreso esame cefalometrico)	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca. Vedi cod. 6, cod. 7 e cod. 8	Per anno, per massimo 2 anni, mai ripetibile	€ 1.000,00

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

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO
63	Terapia ortodontica funzionale rimovibile - per arcata - (qualsiasi tipo e tecnica) non sovrapponibile all'ortodonzia fissa (compreso esame cefalometrico)	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca. Vedi cod. 6, cod. 7 e cod. 8	Per anno, per massimo 2 anni, mai ripetibile	€ 700,00
64	Terapia ortodontica di mantenimento – per massimo 1 anno (contenzione fissa o mobile) – qualsiasi numero di arcate	Se la contenzione è eseguita da laboratorio copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Per massimo 1 anno, mai ripetibile	€ 300,00
ATTENZIONE: Il telecranio o le fotografie post-cure ortodontiche devono essere eseguiti ed inviati al momento della richiesta di rimborso del 3° anno di cure, anche se le cure stesse non fossero terminate.				

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

OPZIONI DI COPERTURA

OPZIONE 1

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente Opzione di Copertura.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

3.1	Area RICOVERO		Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Limiti indennizzo (Franchigie, Scoperti, Limiti temporali)
3.1. I	**Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 100.000 (Massimale unico per tutte le prestazioni di cui alla garanzia 3.1.I)	**- network: scoperto 10%, minimo € 1.000** **- extranetwork: scoperto 20%, minimo € 2.000, con il limite di € 150 die per retta di degenza**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.2	**Area EXTRARICOVERO**				
3.2.A	**Diagnostica e terapie di alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 3.000	- network: franchigia € 70 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 100 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.E	**Cure oncologiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 3.000	- network: scoperto 10% - extranetwork: scoperto 15% - SSN: Rimborso integrale tickets

Sezione ASSISTENZA

	operante

Sezione LTC

	Rendita € 325 al mese per tre anni

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

OPZIONE 2

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente Opzione di Copertura.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

3.1	Area RICOVERO		Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Limiti indennizzo (Franchigie, Scoperti, Limiti temporali)
3.1. I	**Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 100.000 (Massimale unico per tutte le prestazioni di cui alla garanzia 3.1.I)	**- network: scoperto 10%, minimo € 1.000** **- extranetwork: scoperto 20%, minimo € 2.000, con il limite di € 150 die per retta di degenza**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. II	**Ricovero e/o intervento chirurgico (diverso da Grave Patologia)**		- SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. III	**Parto cesareo**		- SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa
3.1. IV	**Parto non cesareo, aborto terapeutico/spontaneo/post-traumatico**		- SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa
3.2	**Area EXTRARICOVERO**				
3.2.A	**Diagnostica e terapie di alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 5.000	- network: franchigia € 70 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 100 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.E	**Cure oncologiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 5.000	- network: scoperto 10% - extranetwork: scoperto 15% - SSN: Rimborso integrale tickets

Sezione ASSISTENZA

	operante

Sezione LTC

	Rendita € 325 al mese per tre anni

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

OPZIONE 3

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente Opzione di Copertura.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

3.1	Area RICOVERO		Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Limiti indennizzo (Franchigie, Scoperti, Limiti temporali)
3.1. I	**Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 120.000 (Massimale unico per tutte le prestazioni di cui alla garanzia 3.1.I)	**- network: scoperto 10%, minimo € 1.000** **- extranetwork: scoperto 20%, minimo € 2.000, con il limite di € 150 die per retta di degenza**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. II	**Ricovero e/o intervento chirurgico (diverso da Grave Patologia)**		- Network - Extranetwork - SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**- network: franchigia € 1.000, ridotta ad € 350 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale** **- extranetwork: scoperto 20%, minimo € 2.000, ridotto a € 500 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. III	**Parto cesareo**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 2.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa

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

3.1. IV	**Parto non cesareo, aborto terapeutico/spontaneo/post-traumatico**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 1.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa
3.2	**Area EXTRARICOVERO**				
3.2.A	**Diagnostica e terapie di alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 3.000	- network: franchigia € 70 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 100 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.E	**Cure oncologiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 3.000	- network: scoperto 10% - extranetwork: scoperto 15% - SSN: Rimborso integrale tickets
Sezione ASSISTENZA					
	operante				
Sezione LTC					
	Rendita € 325 al mese per tre anni				

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

OPZIONE 4

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente Opzione di Copertura.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

3.1	Area RICOVERO		Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Limiti indennizzo (Franchigie, Scoperti, Limiti temporali)
3.1. I	**Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 120.000 (Massimale unico per tutte le prestazioni di cui alla garanzia 3.1.I)	**- network: scoperto 10%, minimo € 1.000** **- extranetwork: scoperto 20%, minimo € 2.000, con il limite di € 150 die per retta di degenza**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. II	**Ricovero e/o intervento chirurgico (diverso da Grave Patologia)**		- Network - Extranetwork - SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**- network: franchigia € 1.000, ridotta ad € 350 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale** **- extranetwork: scoperto 20%, minimo € 2.000, ridotto a € 500 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. III	**Parto cesareo**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 2.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1. a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa

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

3.1. IV	**Parto non cesareo, aborto terapeutico/spontaneo/post-traumatico**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 1.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa
3.2	**Area EXTRARICOVERO**				
3.2.A	**Diagnostica e terapie di alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 3.000	- network: franchigia € 60 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 75 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.B	**Diagnostica diversa da alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 500	- network: franchigia € 60 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 75 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.C	**Visite specialistiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 500	- network / extranetwork: franchigia € 50 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.E	**Cure oncologiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 3.000	- network: scoperto 10% - extranetwork: scoperto 15% - SSN: Rimborso integrale tickets
Sezione ASSISTENZA					
	operante				
Sezione LTC					
	Rendita € 325 al mese per tre anni				

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

OPZIONE 5

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente Opzione di Copertura.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

3.1	Area RICOVERO		Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Limiti indennizzo (Franchigie, Scoperti, Limiti temporali)
3.1. I	**Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 150.000 (Massimale unico per tutte le prestazioni di cui alla garanzia 3.1.I)	**- network: franchigia € 750** **- extranetwork: scoperto 15%, minimo € 1.500, con il limite di € 150 die per retta di degenza**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. II	**Ricovero e/o intervento chirurgico (diverso da Grave Patologia)**		- Network - Extranetwork - SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**- network: franchigia € 750, ridotta ad € 250 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale** **- extranetwork: scoperto 15%, minimo € 1.500, ridotto a € 400 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. III	**Parto cesareo**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 4.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1. a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa

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

3.1. IV	**Parto non cesareo, aborto terapeutico/spontaneo/post-traumatico**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 1.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa
3.2	**Area EXTRARICOVERO**				
3.2.A	**Diagnostica e terapie di alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 3.000	- network: franchigia € 60 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 75 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.B	**Diagnostica diversa da alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 750	- network: franchigia € 60 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 75 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.C	**Visite specialistiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 750	- network / extranetwork: franchigia € 50 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.D	**Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 700	massimo € 70 per seduta
3.2.E	**Cure oncologiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 3.000	- network: scoperto 10% - extranetwork: scoperto 15% - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.G	**Assistenza infermieristica a domicilio**			€ 750	massimo € 50 die
3.2.H	**Protesi e presidi ortopedici**			€ 500, con sottolimite di € 200 per presidi ortopedici	scoperto 10%
Sezione ASSISTENZA					
	operante				
Sezione LTC					
	Rendita € 325 al mese per tre anni				

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

OPZIONE 6

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente Opzione di Copertura.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

3.1	Area RICOVERO		Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Limiti indennizzo (Franchigie, Scoperti, Limiti temporali)
3.1. I	**Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 150.000 (Massimale unico per tutte le prestazioni di cui alla garanzia 3.1.I)	**- network: franchigia € 750** **- extranetwork: scoperto 15%, minimo € 1.500, con il limite di € 150 die per retta di degenza**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. II	**Ricovero e/o intervento chirurgico (diverso da Grave Patologia)**		- Network - Extranetwork - SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**- network: franchigia € 750, ridotta ad € 250 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale** **- extranetwork: scoperto 15%, minimo € 1.500, ridotto a € 400 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.f)	Intervento chirurgico per correzione difetti visivi			massimo € 1.000 per occhio
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. III	**Parto cesareo**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 4.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1. a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa

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

3.1. IV	**Parto non cesareo, aborto terapeutico/spontaneo/post-traumatico**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 2.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa
3.2	**Area EXTRARICOVERO**				
3.2.A	**Diagnostica e terapie di alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 4.000	- network: franchigia € 60 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 75 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.B	**Diagnostica diversa da alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 750	- network: franchigia € 60 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 75 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.C	**Visite specialistiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 750	- network / extranetwork: franchigia € 50 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.D	**Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 700	massimo € 70 per seduta
3.2.E	**Cure oncologiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 4.000	- network: scoperto 10% - extranetwork: scoperto 15% - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.G	**Assistenza infermieristica a domicilio**			€ 750	massimo € 50 die
3.2.H	**Protesi e presidi ortopedici**			€ 500, con sottolimite di € 200 per presidi ortopedici	scoperto 10%
3.2.I	**Protesi acustiche**			€ 500	scoperto 10%
3.2.J	**Lenti**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 200	franchigia € 50
3.2.K	**Medicina preventiva**		- Network	(liquidazione in forma diretta)	massimo una volta ogni 2 anni, in unica soluzione
Sezione ASSISTENZA					
	operante				
Sezione LTC					
	Rendita € 325 al mese per tre anni				

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

OPZIONE 7

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente Opzione di Copertura.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

3.1	Area RICOVERO		Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Limiti indennizzo (Franchigie, Scoperti, Limiti temporali)
3.1. I	**Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 200.000 (Massimale unico per tutte le prestazioni di cui alla garanzia 3.1.I)	**- network: franchigia € 750** **- extranetwork: scoperto 15%, minimo € 1.500, con il limite di € 150 die per retta di degenza**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. II	**Ricovero e/o intervento chirurgico (diverso da Grave Patologia)**		- Network - Extranetwork - SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**- network: franchigia € 750, ridotta ad € 150 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale** **- extranetwork: scoperto 15%, minimo € 1.500, ridotto a € 300 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.f)	Intervento chirurgico per correzione difetti visivi			massimo € 1.000 per occhio
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. III	**Parto cesareo**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 4.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1. a), c)	Spese pre e post ricovero			90 / 90 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa

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

3.1. IV	**Parto non cesareo, aborto terapeutico/spontaneo/post-traumatico**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 2.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa
3.2	**Area EXTRARICOVERO**				
3.2.A	**Diagnostica e terapie di alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 4.000	- network: franchigia € 50 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 65 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.B	**Diagnostica diversa da alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 1.000	- network: franchigia € 50 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 65 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.C	**Visite specialistiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 750	- network / extranetwork: franchigia € 50 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.D	**Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 700	massimo € 70 per seduta
3.2.E	**Cure oncologiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 4.000	- network: scoperto 10% - extranetwork: scoperto 15% - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.G	**Assistenza infermieristica a domicilio**			€ 1.000	massimo € 50 die
3.2.H	**Protesi e presidi ortopedici**			€ 500, con sottolimite di € 200 per presidi ortopedici	scoperto 10%
3.2.I	**Protesi acustiche**			€ 500	scoperto 10%
3.2.J	**Lenti**			€ 250	franchigia € 50
3.2.K	**Medicina preventiva**		- Network	(liquidazione in forma diretta)	massimo una volta ogni 2 anni, in unica soluzione
Sezione RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE					
6.1	Visita e Igiene orale		- Network	(liquidazione in forma diretta)	limiti Nomenclatore Tariffario
6.1	Radiologia, Conservativa, Paradontologia, Chirurgia Orale, Endodonzia, Gnatologia		- Network - SSN	€ 500	limiti Nomenclatore Tariffario
Sezione ASSISTENZA					
	operante				
Sezione LTC					
	Rendita € 325 al mese per tre anni				

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

OPZIONE 8

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente Opzione di Copertura.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

3.1	Area RICOVERO		Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Limiti indennizzo (Franchigie, Scoperti, Limiti temporali)
3.1. I	**Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 200.000 (Massimale unico per tutte le prestazioni di cui alla garanzia 3.1.I)	**- network: franchigia € 500** **- extranetwork: scoperto 15%, minimo € 1.500, con il limite di € 150 die per retta di degenza**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			120 / 120 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. II	**Ricovero e/o intervento chirurgico (diverso da Grave Patologia)**		- Network - Extranetwork - SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**- network: franchigia € 500, ridotta ad € 100 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale** **- extranetwork: scoperto 15%, minimo € 1.500, ridotto a € 250 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			120 / 120 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.f)	Intervento chirurgico per correzione difetti visivi			massimo € 1.000 per occhio
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. III	**Parto cesareo**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 5.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1. a), c)	Spese pre e post ricovero			120 / 120 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa

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

3.1. IV	**Parto non cesareo, aborto terapeutico/spontaneo/post-traumatico**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 2.500 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 100 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa
3.2	**Area EXTRARICOVERO**				
3.2.A	**Diagnostica e terapie di alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 6.000	- network: franchigia € 40 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 55 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.B	**Diagnostica diversa da alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 1.250	- network: franchigia € 40 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 55 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.C	**Visite specialistiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 1.000	- network / extranetwork: franchigia € 40 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.D	**Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 1.000	massimo € 70 per seduta
3.2.E	**Cure oncologiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 6.000	- network: scoperto 10% - extranetwork: scoperto 15% - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.G	**Assistenza infermieristica a domicilio**			€ 1.000	massimo € 50 die
3.2.H	**Protesi e presidi ortopedici**			€ 500, con sottolimite di € 200 per presidi ortopedici	scoperto 10%
3.2.I	**Protesi acustiche**			€ 500	scoperto 10%
3.2.J	**Lenti**			€ 300	franchigia € 50
3.2.K	**Medicina preventiva**		- Network	(liquidazione in forma diretta)	massimo una volta ogni 2 anni, in unica soluzione
3.2.M	**Pacchetto maternità**		- Network	€ 1.000	- ecografie: massimo 3 per anno - visite di controllo ostetrico/ginecologiche: massimo 4 per anno, elevate a 6 in caso di gravidanza a rischio
Sezione RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE					
6.1	Visita e Igiene orale		- Network	(liquidazione in forma diretta)	limiti Nomenclatore Tariffario
6.1	Radiologia, Conservativa, Paradontologia, Chirurgia Orale, Endodonzia Impiantologia, Gnatologia		- Network - SSN	€ 1.000	limiti Nomenclatore Tariffario
Sezione ASSISTENZA					
	operante				
Sezione LTC					
	Rendita € 325 al mese per tre anni				

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

OPZIONE 9

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente Opzione di Copertura.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

3.1	Area RICOVERO		Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Limiti indennizzo (Franchigie, Scoperti, Limiti temporali)
3.1. I	**Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 250.000 (Massimale unico per tutte le prestazioni di cui alla garanzia 3.1.I)	**- network: nessuna franchigia** **- extranetwork: scoperto 10%, minimo € 1.000, con il limite di € 150 die per retta di degenza**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			120 / 120 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 120 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. II	**Ricovero e/o intervento chirurgico (diverso da Grave Patologia)**		- Network - Extranetwork - SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**- network: nessuna franchigia** **- extranetwork: scoperto 10%, minimo € 1.000, ridotto a € 250 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			120 / 120 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.f)	Intervento chirurgico per correzione difetti visivi			massimo € 1.000 per occhio
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 120 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. III	**Parto cesareo**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 6.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1. a), c)	Spese pre e post ricovero			120 / 120 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 120 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa

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

3.1. IV	**Parto non cesareo, aborto terapeutico/spontaneo/post-traumatico**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 2.500 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 120 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa
3.2	**Area EXTRARICOVERO**				
3.2.A	**Diagnostica e terapie di alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 6.000	- network: franchigia € 40 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 55 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.B	**Diagnostica diversa da alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 1.500	- network: franchigia € 40 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 55 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.C	**Visite specialistiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 1.000	- network / extranetwork: franchigia € 40 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.D	**Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 1.000	massimo € 70 per seduta
3.2.E	**Cure oncologiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 8.000	- network: scoperto 10% - extranetwork: scoperto 15% - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.G	**Assistenza infermieristica a domicilio**			€ 1.000	massimo € 50 die
3.2.H	**Protesi e presidi ortopedici**			€ 500, con sottolimite di € 200 per presidi ortopedici	scoperto 10%
3.2.I	**Protesi acustiche**			€ 500	scoperto 10%
3.2.J	**Lenti**			€ 350	franchigia € 50
3.2.K	**Medicina preventiva**		- Network	(liquidazione in forma diretta)	massimo una volta ogni 2 anni, in unica soluzione
3.2.L	**Agopuntura a fini antalgici**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 500	massimo € 50 a seduta
3.2.M	**Pacchetto maternità**		- Network	€ 1.000	- ecografie: massimo 3 per anno - visite di controllo ostetrico/ginecologiche: massimo 4 per anno, elevate a 6 in caso di gravidanza a rischio
Sezione RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE					
6.1	Visita e Igiene orale		- Network	(liquidazione in forma diretta)	limiti Nomenclatore Tariffario
6.1	Radiologia, Conservativa, Paradontologia, Chirurgia Orale, Endodonzia, Protesi fisse e rimovibili, Impiantologia, Gnatologia		- Network - SSN	€ 1.500	limiti Nomenclatore Tariffario
Sezione ASSISTENZA					
	operante				
Sezione LTC					
	Rendita € 325 al mese per tre anni				

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

OPZIONE 10

La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente Opzione di Copertura.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

3.1	Area RICOVERO		Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Limiti indennizzo (Franchigie, Scoperti, Limiti temporali)
3.1. I	**Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 300.000 (Massimale unico per tutte le prestazioni di cui alla garanzia 3.1.I)	**- network: nessuna franchigia** **- extranetwork: scoperto 10%, minimo € 1.000, con il limite di € 150 die per retta di degenza**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			120 / 120 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 130 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. II	**Ricovero e/o intervento chirurgico (diverso da Grave Patologia)**		- Network - Extranetwork - SSN	nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**- network: nessuna franchigia** **- extranetwork: scoperto 10%, minimo € 1.000, ridotto a € 250 in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
	3.1.a), c)	Spese pre e post ricovero			120 / 120 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.d)	Trapianto di organi			
	3.1.e)	Ospedalizzazione domiciliare per malattie terminali			€ 100 die, massimo 60 gg
	3.1.f)	Intervento chirurgico per correzione difetti visivi			massimo € 1.000 per occhio
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 130 die (ridotto del 50% in caso di day hospital o day surgery), massimo 90 gg per annualità assicurativa
3.1. III	**Parto cesareo**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 6.000 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1. a), c)	Spese pre e post ricovero			120 / 120 gg
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 120 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa

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

3.1. IV	**Parto non cesareo, aborto terapeutico/spontaneo/post-traumatico**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 2.500 nell'ambito del massimale di cui al punto 3.1. I	**no franchigia / scoperto**
	3.1.b)	Spese durante il ricovero			
	3.1.g)	Accompagnatore			€ 60 die, massimo 40 gg
	3.1.h)	Tickets			Rimborso integrale
	3.1.i)	Indennità sostitutiva del rimborso			€ 120 die, massimo 30 gg per annualità assicurativa
3.2	**Area EXTRARICOVERO**				
3.2.A	**Diagnostica e terapie di alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 6.000	- network: franchigia € 35 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 55 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.B	**Diagnostica diversa da alta specializzazione**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 2.000	- network: franchigia € 35 - extranetwork: scoperto 20%, minimo € 55 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.C	**Visite specialistiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 1.500	- network / extranetwork: franchigia € 35 - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.D	**Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 1.000	massimo € 70 per seduta
3.2.E	**Cure oncologiche**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 10.000	- network: scoperto 10% - extranetwork: scoperto 15% - SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.G	**Assistenza infermieristica a domicilio**			€ 1.000	massimo € 50 die
3.2.H	**Protesi e presidi ortopedici**			€ 500, con sottolimite di € 200 per presidi ortopedici	scoperto 10%
3.2.I	**Protesi acustiche**			€ 500	scoperto 10%
3.2.J	**Lenti**			€ 350	franchigia € 50
3.2.K	**Medicina preventiva**		- Network	(liquidazione in forma diretta)	massimo una volta ogni 2 anni, in unica soluzione
3.2.L	**Agopuntura a fini antalgici**		- Network - Extranetwork - SSN	€ 500	massimo € 50 a seduta
3.2.M	**Pacchetto maternità**		- Network	€ 1.000	- ecografie: massimo 3 per anno - visite di controllo ostetrico/ginecologiche: massimo 4 per anno, elevate a 6 in caso di gravidanza a rischio
Sezione RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE					
6.1	Visita e Igiene orale		- Network	(liquidazione in forma diretta)	limiti Nomenclatore Tariffario
6.1	Radiologia, Conservativa, Paradontologia, Chirurgia Orale, Endodonzia, Protesi fisse e rimovibili, Impiantologia, Gnatologia, Ortodonzia fino all'età di 21 anni		- Network - SSN	€ 2.000	limiti Nomenclatore Tariffario
Sezione ASSISTENZA					
	operante				
Sezione LTC					
	Rendita € 325 al mese per tre anni				

UFF. REGISTRO BOLLI E DEMANIO SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI SEDE IN TORINO

BUONGIORNO REALE

800-320320

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

buongiornoreale@realemutua.it

IL TUO AGENTE REALE

SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI

Fondata nel 1828 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia) - tel. +39 0114 311 111
fax +39 0114 350 966 - www.realemutua.it - Registro Imprese Torino, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00875360018
R.E.A. Torino N. 9806 - Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione
Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi

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

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