



RealmenteInSalute *Target*

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

Il presente FASCICOLO INFORMATIVO contenente:

- Nota Informativa, comprensiva del Glossario
 - Condizioni di Assicurazione
- deve essere consegnato al contraente
prima della sottoscrizione del contratto.

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE
ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.**

Mod. 5131/FI MAL – Ed. 10/2015



**REALE
MUTUA**
PARTE DEL TUO MONDO.

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: buongiornoale@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 1789 milioni di euro di cui 60 milioni di euro relativi al fondo di garanzia, e 1729 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari al 577,70%. 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

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

TACITO RINNOVO DEL CONTRATTO

In caso di polizza poliennale non è previsto il tacito rinnovo ed il contratto cessa senza obbligo di disdetta tra le parti alla sua naturale scadenza, come indicato all'art. 1.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Solo in caso di polizza a durata annuale è possibile la contrattualizzazione della clausola di tacito rinnovo.

La scelta effettuata si può rilevare nella relativa casella ("tacito rinnovo") presente 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 alla clausola appositamente stampata sul modulo di polizza.

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 Realmente in Salute - Target contiene garanzie dedicate a bisogni specifici dell'Assicurato.

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.

A seconda della tipologia esse sono raccolte in Sezioni.

Saranno operanti esclusivamente le Sezioni e le Garanzie esplicitamente richiamate nel modulo di polizza.

FORMULA TARGET

La **SEZIONE "KIDS"** si compone delle garanzie denominate e regolamentate come segue.

§ **"RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO"**: riguarda le spese per la cura delle lesioni determinate da infortunio.

La garanzia è regolamentata all'art. 2.1. 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 articoli: 2.1 "Rimborso Spese Mediche a seguito di infortunio", 1.12 "Chi non assicuriamo", 1.13 "Limiti di età", 3 "Operatività", 4 "Esclusioni", 5.1 "Denuncia del sinistro - Obblighi dell'assicurato", 5.2 "Data del sinistro", 5.3 "Liquidazione e pagamento", nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di un massimale di € 10.000 nonché di specifici sottolimiti di indennizzo per alcune voci di spesa e di uno scoperto per le spese sostenute dopo il ricovero o in assenza di ricovero.



§ **"INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI"**: riguarda l'indennizzo in caso di infortunio comprovato da referto del Pronto Soccorso Pubblico che comporti un'inabilità temporanea di almeno 20 giorni consecutivi documentata da certificazione medica e che abbia come conseguenza la mancata frequenza ad attività sportive, culturali o il mancato utilizzo di mezzi pubblici.

La garanzia è regolamentata all'art. 2.2 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 articoli: 2.2 "Indennità abbonamenti non goduti", 1.12 "Chi non assicuriamo", 1.13 "Limiti di età", 3 "Operatività", 4 "Esclusioni", 5.1 "Denuncia del sinistro - Obblighi dell'assicurato", 5.2 "Data del sinistro", 5.3 "Liquidazione e pagamento", nonché nelle definizioni del glossario.

§ **"ASSISTENZA KIDS"**: contiene le seguenti prestazioni:

Prestazioni e servizi complementari: Invio di una baby sitter, invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto, supporto psicologico.

Gestione delle Urgenze: Invio di un pediatra o di un'ambulanza presso la residenza, trasporto in ambulanza, trasferimento in strutture sanitarie specializzate, viaggio di un familiare, fornitura di attrezzatura medico - chirurgica.

La garanzia è regolamentata all'art. 2.3 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 articoli: 2.3 Assistenza Kids", 1.12 "Chi non assicuriamo", 1.13 "Limiti di età", 4 "Esclusioni", 5.4 "Assistenza Kids - Obblighi dell'assicurato", 5.5 "Mancato utilizzo delle prestazioni", 5.6 "Rimborso per prestazioni indebitamente ottenute", nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di specifici sottolimiti di indennizzo. In proposito si veda l'art. 2.3 delle Condizioni di Assicurazione.

§ **"ACCESSO AL NETWORK"**: riguarda le prestazioni mediche, odontoiatriche e fisioterapiche prenotabili tramite il sito www.mynet.blue; Tale servizio permette all'Assicurato di usufruire gratuitamente delle tariffe agevolate rese dal network di centri convenzionati. **Resta a carico dell'Assicurato il costo delle prestazioni sanitarie effettuate.**

Il servizio non assicurativo è regolamentato all'art. 2.4 delle Condizioni di Assicurazione.

La **SEZIONE "DENTAL"** si compone delle garanzie denominate e regolamentate come segue.

§ **"RIMBORSO PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI"**: riguarda le spese sostenute per una visita odontoiatrica iniziale e l'ablazione semplice del tartaro.

La garanzia è regolamentata all'art. 6.1. 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 articoli: 1.12 "Chi non assicuriamo", 1.13 "Limiti di età", 6.1 "Rimborso Spese per Visita Odontoiatrica e Detartrasi", 8 "Esclusioni", 9.1 "Obblighi dell'assicurato", 9.2 "Data del sinistro", 9.3 "Liquidazione e pagamento", nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: la garanzia prevede il rimborso integrale delle spese sostenute dall'Assicurato solo se effettuate in centri odontoiatrici convenzionati. Si specifica che la garanzia non è operante in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate.

§ **"RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO"**: riguarda le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche determinate da infortunio.

La garanzia è regolamentata all'art. 6.2. 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 articoli: 1.12 "Chi non assicuriamo", 1.13 "Limiti di età", 6.2 "Rimborso Spese Odontoiatriche a seguito di infortunio", 8 "Esclusioni", 9.1 "Obblighi dell'assicurato", 9.2 "Data del sinistro", 9.3 "Liquidazione e pagamento", nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di un massimale di € 2.000.

AVVERTENZA: la garanzia prevede il rimborso integrale delle spese sostenute dall'Assicurato solo se effettuate in centri odontoiatrici convenzionati. Si specifica che la garanzia non è operante in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate.

§ **"ACCESSO AL NETWORK"**: riguarda le prestazioni odontoiatriche di cui l'Assicurato può usufruire a tariffa agevolata tramite il sito www.mynet.blue rese dal network di centri convenzionati.

La garanzia è regolamentata all'art. 6.3 delle Condizioni di Assicurazione.

La **SEZIONE "FISIO"** si compone delle garanzie denominate e regolamentate come segue

§ **"INDENNITÀ PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO"**: riguarda l'indennizzo forfettario in caso di ricovero con intervento chirurgico con almeno un pernottamento, determinato da infortunio.

La garanzia è regolamentata all'art. 10.1 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 articoli: 1.12 "Chi non assicuriamo", 1.13 "Limiti di età", 10.1 "Indennità per intervento chirurgico a seguito di infortunio", 11 "Operatività", 12 "Esclusioni", 13.1 "Denuncia del sinistro - obblighi dell'assicurato", 13.2 "Data del sinistro", 13.3 "Liquidazione e pagamento" nonché nelle definizioni del glossario.

§ **"INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE"**: riguarda l'indennizzo forfettario in caso di infortunio che comporti l'applicazione di un mezzo di contenzione.

La garanzia è regolamentata all'art. 10.2. 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 articoli: 1.12 "Chi non assicuriamo", 1.13 "Limiti di età", 10.2 "Indennità per immobilizzazione", 11 "Operatività", 12 "Esclusioni", 13.1 "Denuncia del sinistro - obblighi dell'assicurato", 13.2 "Data del sinistro", 13.3 "Liquidazione e pagamento" nonché nelle definizioni del glossario.

§ **“RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE”**: riguarda le spese sostenute per i trattamenti di fisioterapia per la cura delle lesioni (elencate all' art. 16.3) determinate da infortunio.

La garanzia è regolamentata all'art. 10.3 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 articoli: 1.12 “Chi non assicuriamo”, 1.13 “Limiti di età”, 10.3 “Rimborso spese per riabilitazione”, 11 “Operatività”, 12 “Esclusioni”, 13.1 “Denuncia del sinistro - obblighi dell'assicurato”, 13.2 “Data del sinistro”, 13.3 “Liquidazione e pagamento” nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: la presente garanzia prevede un massimale di € 5.000.

§ **“ACCESSO AL NETWORK”**: riguarda le prestazioni fisioterapiche di cui l'Assicurato può usufruire a tariffa agevolata tramite il sito www.mynet.blue rese dal network di centri convenzionati.

La garanzia è regolamentata all'art. 10.4 delle Condizioni di Assicurazione.

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 scoperto per la garanzia “Rimborso spese mediche a seguito infortunio” della SEZIONE KIDS, in caso di cure dentarie rese necessarie da infortunio effettuate entro 180 giorni dall'infortunio:

	Esempio A
Importo per cure dentarie	€ 1.800
Scoperto	20%

Esempio A: rimborso di € 1.440 all'Assicurato (ottenuto sottraendo € 360, ovvero il 20%, all'importo della fattura di € 1.800).

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

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 e 1893 del Codice Civile e all' art.1.1 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

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.

Nell'ambito del ramo Malattie non è da considerarsi aggravamento di rischio un peggioramento dello stato di salute dell'Assicurato, se ed in quanto sopravvenuto in corso di contratto e non ad esso preesistente, fatta eccezione per i peggioramenti dello stato di salute elencati all'articolo 1.13 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.

6. Premi

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

- in unica rata per ciascun periodo annuo oppure
- a rate costanti per periodi inferiori all'anno (semestrali o trimestrali o mensili).

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).

AVVERTENZA: l'impresa o l'intermediario, in base a valutazioni tecnico commerciali nel loro complesso oppure a seguito di specifiche convenzioni, possono applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente del prodotto.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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 l'Art. 1.4 delle Condizioni di Assicurazione.

8. Diritto di recesso

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

Per le polizze di durata poliennale è prevista, unicamente da parte del Contraente, la possibilità di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni dalla scadenza anniversaria, come indicato all'Art.1.3 delle Condizioni di Assicurazione.



9. 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).

10. 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.

11. Regime fiscale

- per la sezione Kids:
 - o garanzie "Rimborso spese mediche a seguito di infortunio", "Indennità abbonamenti non goduti" si applica l'aliquota d'imposta del 2,5%;
 - o garanzia "Assistenza Kids" si applica l'aliquota d'imposta del 10%;
- per la sezione Dental si applica l'aliquota d'imposta del 2,5%;
- per la sezione Fisio si applica l'aliquota d'imposta del 2,5%;

Nel caso di rischio ubicato all'estero si applica il trattamento fiscale del relativo Paese.

C INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA

Per la sezione Kids e la sezione Fisio si considera "sinistro" la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di sinistro.

Per la sezione Dental, per la garanzia "Rimborso spese odontoiatriche a seguito di infortunio" si considera "sinistro" la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di sinistro; per la garanzia "Rimborso per visita odontoiatrica e detartrasi" si considera "sinistro" il giorno in cui vengono effettuate le prestazioni offerte dalla garanzia.

Ciò premesso, il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi la data nella quale si verificano gli eventi suindicati.

Per gli aspetti di dettaglio si vedano gli artt. 5.2, 9.2, 13.2 delle Condizioni di Assicurazione e le definizioni del glossario.

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

- dal 5.1 al 5.6 per la sezione Kids della Formula Target
- dal 9.1 al 9.3 per la sezione Dental della Formula Target
- dal 13.1 al 13.3 per la sezione Fisio della Formula Target

AVVERTENZA: La gestione dei sinistri è affidata alla società BLUE ASSISTANCE S.P.A., alla cui Centrale Operativa l'Assicurato si dovrà rivolgere secondo le modalità descritte ai suindicati articoli delle Condizioni di Assicurazione.

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 -320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 742 54 20, e-mail: buongiorno reale@realemutua.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio tutela degli utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

INFORMAZIONI

Reale Mutua è a disposizione della clientela con il Servizio "Buongiorno Reale" Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11 - 10122 Torino, Numero Verde 800 -320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 742 54 20, e-mail: buongiorno reale@realemutua.it sia per informazioni o chiarimenti di carattere generale sia per conoscere condizioni, limiti e modalità per ricorrere alla Commissione di Garanzia.

COMMISSIONE DI GARANZIA

Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato Reale Mutua" con sede in Via dell'Arcivescovado n. 1 - 10121 Torino. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti 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.

14. 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 e/o agli Organismi di Mediazione accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010.** Per i dettagli si veda l'Art. 1.6 delle Condizioni di Assicurazione.

WWW

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

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE

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

CARTELLA CLINICA

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

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di BLUE ASSISTANCE S.p.A. che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni di assistenza previsti in *polizza*.

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con Reale Mutua.

DAY HOSPITAL / DAY SURGERY

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

FRANCHIGIA / SCOPERTO

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

INABILITÀ TEMPORANEA

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

INDENNIZZO

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

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Sono considerati interventi chirurgici riduzione incruenta di fratture seguita da immobilizzazione 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.

MALATTIA

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

MASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e per persona, 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.

PRESTAZIONI SANITARIE (Definizione valida solo per Formula Target)

Accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure mediche, materiali e strumenti di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un intervento chirurgico; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici, si ritengono comunque escluse le spese per i certificati. Non sono compresi farmaci e specialità medicinali.

POLIZZA

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

RESIDENZA

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

RICOVERO

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



SERVIZIO [WWW.MYNET.BLUE](http://www.mynet.blue)

Il servizio www.mynet.blue consente all'Assicurato di accedere a tariffe scontate presso le *strutture sanitarie* convenzionate con *Blue Assistance*. Tale servizio sarà fruibile grazie ad un codice di accesso di 16 cifre (PIN).

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

SINISTRO

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

STRUTTURA SANITARIA

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

Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con *Blue Assistance*, presso i quali l'Assicurato - previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance* - può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, interventi chirurgici e ricoveri resi necessari dal suo stato di salute.

L'elenco delle strutture e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.realemutua.it.

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

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

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

WWW

RealmenteInSalute Target

Il tuo benessere familiare ha bisogno di nuove certezze

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE



INTRODUZIONE	pag.	4
DEFINIZIONI	pag.	5
CONDIZIONI GENERALI	pag.	7
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	pag.	7
1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	pag.	7
1.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE	pag.	7
1.4 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	pag.	7
1.5 TERMINI DI RINUNCIA ALLA RIVALSA	pag.	7
1.6 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE	pag.	7
1.7 FORO COMPETENTE	pag.	8
1.8 ONERI FISCALI	pag.	8
1.9 ALTRE ASSICURAZIONI	pag.	8
1.10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	pag.	8
1.11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	pag.	8
1.12 CHI NON ASSICURIAMO	pag.	8
1.13 LIMITI DI ETÀ	pag.	9
SEZIONE KIDS	pag.	10
2 COSA ASSICURIAMO	pag.	10
2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO	pag.	10
2.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI	pag.	11
2.3 ASSISTENZA KIDS	pag.	11
2.4 ACCESSO AL NETWORK	pag.	13
3 OPERATIVITÀ	pag.	15
4 ESCLUSIONI	pag.	16
5 GESTIONE DEL SINISTRO	pag.	17
5.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag.	17
5.2 DATA DEL SINISTRO	pag.	17
5.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO	pag.	17
5.4 ASSISTENZA KIDS - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag.	18
5.5 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI	pag.	18
5.6 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE	pag.	18
SEZIONE DENTAL	pag.	19
6 COSA ASSICURIAMO	pag.	19
6.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI	pag.	19
6.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO	pag.	19
6.3 ACCESSO AL NETWORK	pag.	19
7 OPERATIVITÀ	pag.	20
8 ESCLUSIONI	pag.	21
9 GESTIONE DEL SINISTRO	pag.	22
9.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag.	22
9.2 DATA DEL SINISTRO	pag.	22
9.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO	pag.	23



SEZIONE FISIO	pag. 24
10 COSA ASSICURIAMO	pag. 24
10.1 INDENNITÀ PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO	pag. 24
10.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE	pag. 24
10.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE	pag. 24
10.4 ACCESSO AL NETWORK	pag. 25
11 OPERATIVITÀ	pag. 26
12 ESCLUSIONI	pag. 27
13 GESTIONE DEL SINISTRO	pag. 28
13.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag. 28
13.2 DATA DEL SINISTRO	pag. 28
13.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO	pag. 28
APPENDICE 1	pag. 29
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA	pag. 29

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

INTRODUZIONE

RealmenteInSalute è un prodotto Rimborso Spese Sanitarie, modulare e personalizzabile che contiene garanzie assicurative per tutelarsi dai rischi relativi ad eventi di malattia o infortunio che possono compromettere la salute e l'integrità fisica delle persone.

La Formula Target si compone di moduli di offerta con garanzie predefinite destinati a coprire specifiche esigenze.

Per la Sezione Fisio è prevista la possibilità, in fase di sottoscrizione, di aderire all'iniziativa "RealmenteWellness". Tale iniziativa promuove il benessere della persona, ponendo la massima attenzione all'alimentazione e all'attività fisica moderata e costante. L'attività fisica contribuisce al benessere generale e permette un maggior controllo della propria salute contribuendo a migliorarla.

"RealmenteWellness" è un'iniziativa dedicata a tutti coloro che conducono uno stile di vita orientato al benessere, premiando chi lo persegue in maniera attiva e dinamica.

L'Assicurato che dimostrerà di essere fisicamente attivo nel corso della durata contrattuale, avrà diritto ad una diminuzione di premio per le annualità di polizza successive alla prima.

Tutto ciò è possibile grazie all'utilizzo di tecnologie mirate alla misurazione del movimento e di una piattaforma interattiva fruibile attraverso l'adesione all'iniziativa "RealmenteWellness".

Per maggiori dettagli sull'iscrizione e sulla descrizione dell'iniziativa "RealmenteWellness", rivolgersi in Agenzia o consultare il sito web www.realemutua.it.

Il Fascicolo Informativo è costituito da Nota Informativa, Glossario e Condizioni di Assicurazione. Queste ultime sono suddivise in Condizioni Generali e Formula, a sua volta composta di Sezioni e Garanzie.

Si specifica che saranno operanti esclusivamente le Sezioni e le garanzie esplicitamente richiamate nel modulo di polizza.

LE CONDIZIONI GENERALI sono norme comuni a tutte le Sezioni che regolano l'assicurazione in generale.

FORMULA TARGET

La **SEZIONE KIDS** si compone delle seguenti garanzie obbligatorie:

- ◆ Rimborso spese mediche a seguito di infortunio
- ◆ Indennità abbonamenti non goduti
- ◆ Assistenza Kids
- ◆ Accesso al network

La **SEZIONE DENTAL** si compone delle seguenti garanzie obbligatorie:

- ◆ Rimborso spese per visita odontoiatrica e detartrasi
- ◆ Rimborso spese odontoiatriche a seguito di infortunio
- ◆ Accesso al network

La **SEZIONE FISIO** si compone delle seguenti garanzie obbligatorie:

- ◆ Indennità per intervento chirurgico a seguito di infortunio
- ◆ Indennità per immobilizzazione
- ◆ Rimborso spese per riabilitazione
- ◆ Accesso al network



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

DEFINIZIONI

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

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE

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

CARTELLA CLINICA

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

CENTRALE OPERATIVA

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

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con Reale Mutua.

DAY HOSPITAL / DAY SURGERY

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

FRANCHIGIA/SCOPERTO

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

INABILITÀ TEMPORANEA

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

INDENNIZZO

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

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza *ricovero* presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Sono considerati interventi chirurgici anche la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.

Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:

- ◆ le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo (salvo le endoscopie sopra descritte);
- ◆ le iniezioni.

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

MALATTIA

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

MASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e per persona, 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.

PRESTAZIONI SANITARIE

Accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure mediche, materiali e strumenti di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un intervento chirurgico; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici, **si ritengono comunque escluse le spese per i certificati. Non sono compresi farmaci e specialità medicinali.**

POLIZZA

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

RESIDENZA

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

RICOVERO

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

SERVIZIO WWW.MYNET.BLUE

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

SINISTRO

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

STRUTTURA SANITARIA

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

Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con *Blue Assistance*, presso i quali l'Assicurato – previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance* - può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, *interventi chirurgici* e *ricoveri* resi necessari dal suo stato di salute.

L'elenco delle *strutture sanitarie* e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.realemutua.it.

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

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

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

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

CONDIZIONI GENERALI

Le Condizioni Generali sono norme comuni che regolano il contratto di assicurazione in generale.

- 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO**
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del **Contraente o dell'Assicurato** relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione** ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
- 1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE**
L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel *modulo di polizza* se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
- 1.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE**
Ferma la facoltà del Contraente di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di almeno 30 giorni, l'assicurazione cessa alla "scadenza del contratto" indicata nel modulo di polizza, senza necessità di disdetta.
- 1.4 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**
Il premio di *polizza* è indicizzato e pertanto si adegua seguendo le variazioni dell'Indice Spese Mediche rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto.
Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:
◆ al termine "Indice": l'indice spese mediche rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto;
◆ al termine "Indice Base": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di decorrenza della *polizza* o dell'ultima modifica contrattuale;
◆ al termine "Nuovo Indice": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di scadenza di ogni annualità di premio;
si conviene che il premio di polizza sarà adeguato ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "Nuovo Indice" e "Indice Base", identificato sulla quietanza anniversaria di pagamento del premio con il termine "Coefficiente di adeguamento".
Viene fatta salva la facoltà da parte 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.
- 1.5 TERMINI DI RINUNCIA ALLA RIVALSA**
Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile e s.m.i. verso i terzi responsabili dell'*infortunio*.
- 1.6 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE**
Per tutte le garanzie, ad eccezione delle garanzie di Assistenza e dei servizi non assicurativi, in caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra l'Assicurato e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organismi di Mediazione accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010 e s.m.i.:

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

- A** mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle Parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza dell'Assicurato*. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le Parti;
- B** mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista alla lettera A del presente articolo, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza dell'Assicurato*. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

1.7 FORO COMPETENTE

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

1.8 ONERI FISCALI

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

1.9 ALTRE ASSICURAZIONI

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

1.10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1.12 CHI NON ASSICURIAMO

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

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

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

1.13 LIMITI DI ETÀ

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

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

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

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

SEZIONE KIDS

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

2 COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.12 CHI NON ASSICURIAMO e 4 ESCLUSIONI.

2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO*

Reale Mutua rimborsa, fino alla concorrenza del *massimale* di € 10.000 per persona e per anno assicurativo, le spese di cura rese necessarie da *infortunio* sostenute dall'*Assicurato*, in caso di *ricovero* o in assenza, secondo quanto riportato alle successive lettere A, B e C.

Sono inoltre comprese, fino a concorrenza del medesimo *massimale*, le spese sostenute:

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

A SPESE SOSTENUTE DURANTE IL *RICOVERO*:

- *prestazioni sanitarie*;
- *trattamenti di fisiokinesiterapia*;
- diritti di sala operatoria, rette di degenza, farmaci e specialità medicinali;
- cure e protesi dentarie.

Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua, in sostituzione del rimborso, corrisponde una diaria di € 50 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria*, **fino ad un massimo di 100 pernottamenti per sinistro. L'accesso in *day hospital/day surgery* viene considerato un pernottamento.**

B SPESE SOSTENUTE SUCCESSIVAMENTE AL *RICOVERO*:

- *prestazioni sanitarie*;
- *trattamenti di fisiokinesiterapia*;
- cure e protesi dentarie rese necessarie dall'*infortunio*;
- acquisto di protesi anatomiche **fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro; non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi**;
- noleggio o acquisto (**con il limite per l'acquisto di € 2.500 per sinistro**) di apparecchi terapeutici e ortopedici.

Le spese indicate alla presente lettera B sono rimborsate **con l'applicazione di uno scoperto del 20% che in ogni caso non potrà essere inferiore a € 50 per sinistro che rimane a carico dell'*Assicurato*.**

Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.

Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* sostenga le spese relative ai ticket, Reale Mutua rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione dello scoperto.

Reale Mutua rimborsa le spese indicate alla presente lettera B solo se effettuate nei 120 giorni successivi al ricovero.

C SPESE SOSTENUTE IN ASSENZA DI *RICOVERO*

- *prestazioni sanitarie*;
- *trattamenti di fisiokinesiterapia* **fino alla concorrenza di € 2.000 per sinistro**;
- cure e protesi dentarie **fino alla concorrenza di € 2.000 per sinistro**;
- acquisto di protesi anatomiche **fino alla concorrenza di € 5.000 per sinistro; non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi**;
- noleggio o acquisto (**con il limite per l'acquisto di € 2.500 per sinistro**) di apparecchi terapeutici e ortopedici.



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

Le spese indicate alla presente lettera C sono rimborsate **solo se l'infortunio è comprovato da referto del Pronto Soccorso Pubblico e con l'applicazione di uno scoperto del 20% che in ogni caso non potrà essere inferiore a € 50 per sinistro che rimane a carico dell'Assicurato.**

Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.

Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, Reale Mutua rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione dello scoperto.

Reale Mutua rimborsa le spese indicate alla presente lettera C solo se effettuate entro 180 giorni dalla data dell'infortunio.

2.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI

Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* di € 200 in caso di *infortunio* **comprovato da referto del Pronto Soccorso Pubblico, che comporti un'inabilità temporanea di almeno 20 giorni consecutivi documentata da certificazione medica e che abbia come conseguenza** la mancata frequenza ad attività sportive, culturali o il mancato utilizzo di mezzi pubblici.

L'Assicurato deve inoltre produrre documentazione attestante l'iscrizione ad attività sportiva, culturale o abbonamento ai mezzi pubblici.

2.3 ASSISTENZA KIDS

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

A PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 INVIO DI UNA BABY SITTER

Qualora uno dei genitori dell'Assicurato, a seguito di *ricovero* per *infortunio* o *malattia* in una *struttura sanitaria* **da cui non possa essere dimesso entro 3 giorni dalla data del ricovero**, sia nell'impossibilità d'occuparsi del figlio minore Assicurato con lui convivente **e nessun altro familiare possa prendersene cura**, la *Centrale Operativa* provvede a reperire una baby sitter e ad inviarla presso la *residenza* dell'Assicurato per occuparsi dei minori.

La prestazione opera **fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.**

In alternativa la *Centrale Operativa* mette a disposizione di un familiare, **residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'Assicurato**, un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe economica) o treno (prima classe), per raggiungere ed accudire il minore presso la *residenza*, tenendone il costo a carico di Reale Mutua.

2 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

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

3 SUPPORTO PSICOLOGICO

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



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

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

- a seguito di traumi e/o lesioni causati da atti di bullismo, **regolarmente denunciati alle Pubbliche Autorità;**
- in caso di stress psicofisico e/o *malattia* causata da disturbi del comportamento alimentare la *Centrale Operativa*, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario**, organizzerà, **se richieste entro 60 giorni dal sinistro** ovvero dalla denuncia alle Pubbliche Autorità o dal momento in cui è stata posta la diagnosi per la prima volta, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con *Blue Assistance*.

La prestazione opera, previo invio della denuncia alle Pubbliche Autorità e/o della prescrizione medica attestante la data in cui è stato diagnosticato il disturbo psicologico, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

B GESTIONE DELLE URGENZE

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

1 INVIO DI UN PEDIATRA

Qualora l'Assicurato necessiti della visita di un pediatra presso la propria *residenza*, **ma non sia reperibile il proprio pediatra di fiducia**, la *Centrale Operativa*, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario**, provvede ad inviare uno specialista presso la *residenza*.

Qualora nessuno dei medici convenzionati sia immediatamente disponibile, in alternativa ed in accordo con i genitori dell'Assicurato, la *Centrale Operativa* organizza il trasferimento del minore nella più vicina *struttura sanitaria* mediante autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

La prestazione è operativa **nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24.**

2 TRASPORTO IN AMBULANZA

Qualora l'Assicurato in viaggio necessiti di un trasporto in autoambulanza dal luogo in cui si trova ad una *struttura sanitaria*, o da questa alla sua *residenza*, la *Centrale Operativa*, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario**, provvede all'invio. La prestazione opera **fino alla concorrenza di € 250 per sinistro.**

3 RIENTRO SANITARIO

Qualora nel corso di un viaggio a seguito di *malattia* o *infortunio* vi sia la necessità di trasferire l'Assicurato presso una *struttura sanitaria* prossima alla sua *residenza* **idonea a garantirgli cure specifiche**, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

- ◆ organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra:
 - aereo sanitario appositamente equipaggiato **(esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);**
 - aereo di linea (eventualmente barellato);
 - autoambulanza;
 - treno/vagone letto (prima classe);
 - altri mezzi adatti alla circostanza.



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

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

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindrome organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

4 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, sia ricoverato in una *struttura sanitaria* e, non potendo essere dimesso entro 3 giorni dalla data del *ricovero*, e richieda la presenza di un familiare maggiorenne sul posto, la *Centrale Operativa*:

- mette a disposizione del familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
- prenota per il familiare un albergo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 520 per sinistro per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.

5 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

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

- ◆ stampelle;
- ◆ sedia a rotelle;
- ◆ letto ortopedico;
- ◆ materasso antidecubito

la *Centrale Operativa* fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, **sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro**, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

Se per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, Reale Mutua provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di € 300 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'Assicurato stesso.

2.4 ACCESSO AL NETWORK

2.4.1 OGGETTO

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

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



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

2.4.2 MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO

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

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

2.4.3 DIRITTI DELL'ASSICURATO

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

Resta inteso che:

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



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

3 OPERATIVITÀ

Le garanzie di cui agli artt. 2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO* e 2.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono operanti anche durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico con le modalità indicate di seguito:

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

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

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

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

Per le garanzie di cui agli artt. 2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO* e 2.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono considerati *infortuni* anche:

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

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

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

4 ESCLUSIONI

Relativamente alle garanzie di cui agli artt. 2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO* e 2.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI, **Reale Mutua non indennizza gli *infortuni*:**

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

Reale Mutua non presta inoltre le garanzie per le conseguenze di *infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione.

Sono inoltre confermate le esclusioni di cui all'art. 3 OPERATIVITÀ.

Reale Mutua non eroga le prestazioni della garanzia di cui all'art. 2.3 ASSISTENZA KIDS qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta o indiretta di:

- A. stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;
- B. eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- C. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;
- D. atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- E. *malattie* in atto e/o *infortuni* occorsi prima dell'effetto della *polizza*;
- F. uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- G. ubriachezza accertata;
- H. *infortuni* derivanti dalla pratica di:
 - ◆ sport aerei in genere;
 - ◆ partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore o natanti
- I. *infortuni* derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

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

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

5 GESTIONE DEL SINISTRO

Le garanzie di cui agli artt. 2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO* e 2.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono regolamentate ai successivi articoli 5.1, 5.2 e 5.3.

La garanzia di cui all'art. 2.3 ASSISTENZA KIDS è regolamentata ai successivi articoli 5.4, 5.5, 5.6.

5.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

- ◆ dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* e fornire la descrizione dell'*infortunio*, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;
- ◆ fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in assenza di *ricovero*, referto del Pronto Soccorso Pubblico, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere;
- ◆ fornire, per la garanzia di cui all'art. 2.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI, la certificazione medica sulla natura dell'*infortunio* e della relativa prognosi e copia della documentazione attestante l'iscrizione all'attività sportiva, culturale o abbonamento a mezzi pubblici;
- ◆ provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti ad avvenuta liquidazione; **tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della *struttura sanitaria* dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.).**

L'Assicurato deve acconsentire alla visita dei medici di Reale Mutua ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

5.2 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 5.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

5.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

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

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

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

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

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

5.4 ASSISTENZA KIDS - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per potere usufruire delle prestazioni indicate all'art. 2.3 ASSISTENZA KIDS, l'Assicurato il Contraente o altra persona in sua vece deve contattare la **Centrale Operativa**, funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri



DALL'ESTERO

+39 011 742 55 55

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

L'Assicurato dovrà comunicare:

- le proprie generalità,
- il numero di *polizza*,
- il tipo di prestazione richiesta,
- il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.

Qualora l'Assicurato non abbia contattato per qualsiasi motivo la *Centrale Operativa*, Reale Mutua non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla *Centrale Operativa* stessa.

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

- ◆ **fornire ogni informazione e documentazione richiesta dalla *Centrale Operativa*;**
- ◆ **sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;**
- ◆ **produrre, se richiesta dalla *Centrale Operativa*, copia della *cartella clinica* completa, a tal fine sciogliendo 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.

5.5 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.

5.6 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

Reale Mutua si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza di cui all'art. 2.3 ASSISTENZA KIDS che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di assicurazione.

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

SEZIONE DENTAL

6 COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.12 CHI NON ASSICURIAMO e 8 ESCLUSIONI.

6.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI

Reale Mutua paga, **una sola volta all'anno**, le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche, effettuate in centri odontoiatrici convenzionati, di seguito elencate con le modalità previste al successivo art. 7:

- ◆ Visita odontoiatrica iniziale (compreso stesura piano di cura e preventivo di spesa);
- ◆ Ablazione semplice del tartaro (detartrasi).

6.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO*

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

Le spese sostenute dall'*Assicurato* **sono rimborsate integralmente solo se effettuate in centri odontoiatrici convenzionati**. Qualora le spese siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* sostenga le spese relative ai ticket, Reale Mutua rimborsa integralmente il corrispondente costo, senza applicazione di alcuno *scoperto*.

Reale Mutua rimborsa le spese indicate al presente articolo se effettuate entro 180 giorni dalla data dell'*infortunio*.

6.3 ACCESSO AL NETWORK

6.3.1 OGGETTO

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

6.3.2 MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO

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

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

6.3.3 DIRITTI DELL'ASSICURATO

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

Resta inteso che:

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

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

7 OPERATIVITÀ

Le garanzie di cui agli artt. 6.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI e 6.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO*, sono operanti purché le prestazioni odontoiatriche siano effettuate in *strutture sanitarie convenzionate*, previa prenotazione tramite servizio www.mynet.blue.

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

Qualora l'Assicurato usufruisca delle prestazioni odontoiatriche previste dalla garanzia di cui all'art. 6.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI, è necessario effettuare un'unica denuncia di *sinistro* per ottenere il rimborso delle prestazioni.

Per la garanzia di cui all' art. 6.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO* sono considerati *infortuni* anche:

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

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

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

8 ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni operano solo per la garanzia di cui all'art. 6.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO*.

Reale Mutua non indennizza gli *infortuni*:

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

Reale Mutua non presta inoltre la garanzia per le conseguenze di *infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione.



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

9 GESTIONE DEL SINISTRO

9.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per le garanzie di cui agli artt. 6.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI e 6.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO* in caso di ricorso ad un centro odontoiatrico convenzionato con *Blue Assistance*, quest'ultima provvede al rimborso delle spese.

La possibilità di accedere all'utilizzo di centri odontoiatrici convenzionati è condizionata alla preventiva prenotazione della struttura sanitaria convenzionata tramite servizio www.mynet.blue in mancanza della quale le spese rimarranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve **provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati**, che vengono poi restituiti da *Blue Assistance* ad avvenuta liquidazione; **tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.) e dal voucher stampato tramite servizio www.mynet.blue.**

Il Contraente e l'Assicurato riconoscono espressamente che *Blue Assistance* non ha alcuna responsabilità per le prestazioni o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.

Blue Assistance è comunque a completa disposizione del *Contraente* e dell'Assicurato per qualsiasi informazione inerente alla prestazione dei servizi.

Per la garanzia di cui all'art. 6.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI, in caso di richiesta di rimborso per entrambe le prestazioni (visita iniziale odontoiatrica e detartrasi) è necessario **effettuare un'unica denuncia di sinistro e allegare i documenti di spesa e i voucher relativi a entrambe le prestazioni.**

Resta inteso che per tale garanzia non è possibile denunciare il sinistro per più di una volta nel corso dell'anno assicurativo.

Per avere diritto alle prestazioni di cui alla garanzia 6.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO*, in caso di *infortunio* **l'Assicurato deve inoltre:**

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

L'Assicurato deve acconsentire alla visita dei medici di Reale Mutua ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

9.2 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 9.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO per "data del sinistro" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro* o, per la garanzia di cui all'art. 6.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI il giorno in cui vengono effettuate le prestazioni offerte dalla garanzia.



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

9.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

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

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

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

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

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

SEZIONE FISIO

10 COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.12 CHI NON ASSICURIAMO e 12 ESCLUSIONI.

10.1 INDENNITÀ PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* forfettario di € 4.000 per *sinistro* in caso di *ricovero* con *intervento chirurgico con almeno un pernottamento*, determinato da *infortunio*.

10.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE

Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* forfettario di € 1.000 per *sinistro* qualora un *infortunio* comporti applicazione di mezzo di contenzione, reso necessario da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose degli arti diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico.

La garanzia è operante anche per fratture alle quali non viene applicato alcun mezzo di contenzione, **purché sia resa necessaria permanenza continuativa a letto certificata da Pronto Soccorso Pubblico.**

La garanzia è operante anche qualora all'*infortunio* consegua una lesione distorsiva articolare senza interessamento dei legamenti **certificata da Pronto Soccorso Pubblico**, che comporti l'applicazione di mezzo di contenzione non amovibile per almeno 20 giorni consecutivi.

La garanzia non è comunque operante in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale.

Reale Mutua eroga l'*indennizzo* indicato al presente articolo se l'applicazione di mezzo di contenzione avviene entro 120 giorni dalla data dell'*infortunio*.

10.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE

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

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

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



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

10.4 ACCESSO AL NETWORK

10.4.1 OGGETTO

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

10.4.2 MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO

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

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

10.4.3 DIRITTI DELL'ASSICURATO

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

Resta inteso che:

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

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

11 OPERATIVITÀ

Le garanzie di cui agli artt. 10.1 INDENNITÀ PER *INTERVENTO CHIRURGICO* A SEGUITO DI *INFORTUNIO*, 10.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE e 10.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE sono operanti anche durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico con le modalità indicate di seguito:

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

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

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

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

Per le garanzie di cui agli artt. 10.1 INDENNITÀ PER *INTERVENTO CHIRURGICO* A SEGUITO DI *INFORTUNIO*, 10.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE e 10.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE sono considerati *infortuni* anche:

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

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

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

12 ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni non operano per il servizio non assicurativo di cui all'art. 10.4 ACCESSO AL NETWORK.

Reale Mutua non indennizza gli *infortuni*:

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

Reale Mutua non presta inoltre le garanzie per le conseguenze di *infortuni* occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione.

Sono inoltre confermate le esclusioni di cui all'art. 11 OPERATIVITÀ.

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

13 GESTIONE DEL *SINISTRO*

13.1 DENUNCIA DEL *SINISTRO* – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

- ◆ dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* e fornire la descrizione dell'*infortunio*, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;
- ◆ fornire, in caso di *ricovero* copia della *cartella clinica* completa o, referto del Pronto Soccorso Pubblico;
- ◆ fornire il referto medico da cui risulti l'applicazione di mezzo di contenzione, per la garanzia di cui all'art. 10.2;
- ◆ fornire, per la garanzia di cui all'art. 10.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE, la prescrizione del medico curante e presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti ad avvenuta liquidazione e provvedere direttamente al pagamento delle spese; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.).

L'Assicurato deve acconsentire alla visita dei medici di Reale Mutua ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

13.2 DATA DEL *SINISTRO*

Fermo quanto previsto all'art. 13.1 DENUNCIA DEL *SINISTRO* – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

13.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

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

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

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte 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.



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

APPENDICE 1

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA

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

ART. 1341 CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscere usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificatamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o droghe alla competenza dell'Autorità giudiziaria.

ART. 1342 CONTRATTO CONCLUSO MEDIANTE MODULI O FORMULARI

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

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

ART. 1469 BIS CONTRATTI DEL CONSUMATORE

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

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

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

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

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.



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

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

ART. 1894 ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

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

ART. 1897 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 1898 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

ART. 1901 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

ART. 1910 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi Assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.



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

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

ART. 1913 AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

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

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

L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 1916 DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

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

ART 2952 PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE

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

**BUONGIORNO
— REALE —
800-320320**

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

buongiorno reale@realemutua.it

IL TUO AGENTE REALE



 **REALE
MUTUA**
PARTE DEL TUO MONDO.

SOCIETÀ REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI - Fondata nel 1828 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello, 11 10122 Torino (Italia) - Tel. +39 011 4311111 - Fax +39 011 4350966 - realemutua@pec.realemutua.it - 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 al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.



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.