

RealmenteInSalute *Full*

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.

Realmente Welfare

REALE MUTUA

REALE MUTUA

RealmenteInSalute

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

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

A INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 1906 milioni di euro di cui 60 milioni di euro relativi al fondo di garanzia, e 1846 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.
L'indice di solvibilità (Solvency II Ratio) è pari al 346,50% e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili (eligible own funds) e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR).

B INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La informiamo che su www.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 - Full contiene garanzie assicurative per tutelarsi da rischi relativi agli esborsi correlati a prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio o malattia. Eventuali allegati per condizioni contrattuali non rientranti nello standard del prodotto e concordate per particolari esigenze del Contraente saranno oggetto di espressa pattuizione.
Si compone di due diverse formule:
§ Formula Full;
§ Formula Target.
Nel seguito sono sinteticamente illustrate le garanzie offerte dal prodotto.
A seconda della tipologia esse sono raccolte in Sezioni e Aree.
Saranno operanti esclusivamente le Formule, le Sezioni, le Aree e le Garanzie esplicitamente richiamate nel modulo di polizza.

FORMULA FULL

La **SEZIONE TI AFFIANCO** si compone delle aree e delle garanzie denominate e regolamentate come segue.

L'**AREA RICOVERO - OPZIONE COMFORT** è alternativa all'Area Ricovero - Opzione Delux e si compone delle seguenti garanzie:

§ **"RIMBORSO SPESE MEDICHE":** riguarda le spese relative a ricoveri e/o interventi chirurgici, ivi comprendendo le prestazioni medico-diagnostiche effettuate prima e dopo la dimissione ma comunque pertinenti.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, tali garanzie coprono:

- spese relative alla struttura sanitaria (esempio: rette di degenza, sala operatoria, materiale di intervento, medicinali, ecc.);
- spese relative all'equipe chirurgica;
- spese per prestazioni inerenti il ricovero o l'intervento chirurgico, effettuate precedentemente o successivamente allo stesso (esempio: visite mediche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici, ecc.);
- retta dell'accompagnatore;
- trasporto sanitario;
- spese sostenute in caso di parto (naturale o cesareo);
- trapianto di organi;
- medicina preventiva, solo per gli accertamenti specificamente elencati in polizza e a condizione che essi siano effettuati presso strutture convenzionate con Blue Assistance e previo accordo con la medesima;
- indennità giornaliera sostitutiva del rimborso, in caso di ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La Garanzia "Rimborso spese mediche" è alternativa alle garanzie "Rimborso spese mediche - Limitazione a gravi patologie" e "Rimborso spese mediche - Limitazione a intervento chirurgico".

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", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'assicurato", 4.4 "Cosa fare in caso di sinistro - Area Ricovero", nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di € 300.000 per persona e per anno assicurativo. L'utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati con Blue Assistance (o l'utilizzo di strutture e medici convenzionati senza preventivo accordo con Blue Assistance) comporta l'applicazione, sulle spese ad essi relative, di uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per sinistro. Inoltre l'utilizzo di medici non convenzionati presso strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance comporta uno scoperto del 30% per le spese relative all'equipe medico chirurgica non convenzionata che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per sinistro.

AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di specifici sottolimiti di indennizzo, operanti anche in caso di utilizzo di strutture e medici convenzionati, per le spese sostenute in caso di parto (naturale o cesareo). In proposito si veda l'art. 2.1.1 B delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: è prevista la possibilità per l'Assicurato di sostituire gli scoperti presenti nelle condizioni di assicurazione rendendo operativa la franchigia, riportata in modulo di polizza, di cui all'art. 2.5.

§ **"RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE":** riguarda le spese relative a ricoveri e/o interventi chirurgici, ivi comprendendo le prestazioni medico-diagnostiche effettuate prima e dopo la dimissione ma comunque pertinenti, a condizione che le prestazioni sanitarie siano rese necessarie da una delle Gravi Patologie definite ed elencate nell'Appendice 2 - Elenco delle Gravi Patologie.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, tali garanzie coprono:

- spese relative alla struttura sanitaria (esempio: rette di degenza, sala operatoria, materiale di intervento, medicinali, ecc.);
- spese relative all'equipe chirurgica;
- spese per prestazioni inerenti il ricovero o l'intervento chirurgico, effettuate precedentemente o successivamente allo stesso (esempio: visite mediche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici, ecc.);
- retta dell'accompagnatore;
- trasporto sanitario;
- trapianto di organi;
- medicina preventiva, solo per gli accertamenti specificamente elencati in polizza e a condizione che essi siano effettuati presso strutture convenzionate con Blue Assistance e previo accordo con la medesima;
- indennità giornaliera sostitutiva del rimborso, in caso di ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La Garanzia "Rimborso spese mediche - Limitazione a gravi patologie" è alternativa alle garanzie "Rimborso spese mediche" e "Rimborso spese mediche - Limitazione a intervento chirurgico".

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 "Rimborso Spese Mediche - Limitazione a gravi patologie", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'assicurato", 4.4 "Cosa fare in caso di sinistro - Area Ricovero", nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di € 300.000 per persona e per anno assicurativo. L'utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati con Blue Assistance (o l'utilizzo di strutture e medici convenzionati senza preventivo accordo con Blue Assistance) comporta l'applicazione, sulle spese ad essi relative, di uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per sinistro. Inoltre l'utilizzo di medici non convenzionati presso strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance comporta uno scoperto del 30% per le spese relative all'equipe medico chirurgica non convenzionata che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per sinistro.

§ **"RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A INTERVENTO CHIRURGICO":** riguarda le spese relative agli interventi chirurgici.
A titolo esemplificativo e non esaustivo, tali garanzie coprono:
- spese relative alla struttura sanitaria (esempio: rette di degenza, sala operatoria, materiale di intervento, medicinali, ecc.);
- spese relative all'equipe chirurgica;
- spese per prestazioni inerenti il ricovero o l'intervento chirurgico (esempio: visite mediche, accertamenti diagnostici, trattamenti di fisiochinesi terapia, ecc.);
- retta dell'accompagnatore;
- trasporto sanitario;
- spese sostenute in caso di parto (naturale o cesareo);
- trapianto di organi;
- medicina preventiva, solo per gli accertamenti specificamente elencati in polizza e a condizione che essi siano effettuati presso strutture convenzionate con Blue Assistance e previo accordo con la medesima;
- indennità giornaliera sostitutiva del rimborso, in caso di ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La garanzia "Rimborso spese mediche - Limitazione a intervento chirurgico" è alternativa alle garanzie "Rimborso spese mediche - Limitazione a gravi patologie" e "Rimborso spese mediche".
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 "Rimborso Spese Mediche - Limitazione a intervento chirurgico", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'assicurato", 4.4 "Cosa fare in caso di sinistro - Area Ricovero", nonché nelle definizioni del glossario.
AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di € 300.000 per persona e per anno assicurativo. L'utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati con Blue Assistance (o l'utilizzo di strutture e medici convenzionati senza preventivo accordo con Blue Assistance) comporta l'applicazione, sulle spese ad essi relative, di uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per sinistro. Inoltre l'utilizzo di medici non convenzionati presso strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance comporta uno scoperto del 30% per le spese relative all'equipe medico chirurgica non convenzionata che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per sinistro.
AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di specifici sottolimiti di indennizzo, operanti anche in caso di utilizzo di strutture e medici convenzionati, per le spese sostenute in caso di parto (naturale o cesareo). In proposito si veda il l'art. 2.3.1.B delle Condizioni di Assicurazione.
AVVERTENZA: è prevista la possibilità per l'Assicurato di sostituire gli scoperti presenti nelle Condizioni di Assicurazione rendendo operativa la franchigia, riportata in modulo di polizza, di cui all'art. 2.5.

L'**AREA RICOVERO - OPZIONE DELUXE** è alternativa all'Area Ricovero - Opzione Comfort e si compone delle seguenti garanzie:
§ **"RIMBORSO SPESE MEDICHE":** riguarda le spese relative a ricoveri e/o interventi chirurgici, ivi comprendendo le prestazioni medico-diagnostiche effettuate prima e dopo la dimissione ma comunque pertinenti.
A titolo esemplificativo e non esaustivo, tali garanzie coprono:
- spese relative alla struttura sanitaria (esempio: rette di degenza, sala operatoria, materiale di intervento, medicinali, ecc.);
- spese relative all'equipe chirurgica;
- spese per prestazioni inerenti il ricovero o l'intervento chirurgico, effettuate precedentemente o successivamente allo stesso (esempio: visite mediche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici, ecc.);
- retta dell'accompagnatore;
- trasporto sanitario;
- spese sostenute in caso di parto (naturale o cesareo);
- trapianto di organi;
- medicina preventiva, solo per gli accertamenti specificamente elencati in polizza e a condizione che essi siano effettuati presso strutture convenzionate con Blue Assistance e previo accordo con la medesima;

indennità giornaliera sostitutiva del rimborso, in caso di ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale.
La garanzia è regolamentata all'art. 2.4 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: 2.4 "Rimborso Spese Mediche", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance" , 4.3 "Obblighi dell'assicurato", 4.4 "Cosa fare in caso di sinistro - Area Ricovero", nonché nelle definizioni del glossario.
AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di € 500.000 per persona e per anno assicurativo.
AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di specifici sottolimiti di indennizzo, operanti anche in caso di utilizzo di strutture e medici convenzionati, per le spese sostenute in caso di parto (naturale o cesareo). In proposito si veda l'art. 2.4.1.B delle Condizioni di Assicurazione.
AVVERTENZA: è prevista la possibilità per l'Assicurato di sostituire gli scoperti presenti nelle Condizioni di Assicurazione rendendo operativa la franchigia, riportata in modulo di polizza, di cui all'art. 2.5.

L'**AREA EXTRARICOVERO - OPZIONE COMFORT** è alternativa all'Area Extra Ricovero - Opzione Deluxe e si compone delle seguenti garanzie:

§ **"ALTA DIAGNOSTICA":** riguarda le spese sostenute per gli accertamenti di alta diagnostica resi necessari da malattia o infortunio.
La garanzia "Alta Diagnostica" è alternativa alle garanzie "Diagnostica completa" e "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici".
La garanzia è regolamentata all'art. 2.6 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: 2.6 "Alta diagnostica", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'Assicurato", 4.5 "Cosa fare in caso di sinistro - Area Extra Ricovero" nonché nelle definizioni del glossario.
AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di € 3.000 per persona e per anno assicurativo. L'utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance comporta l'applicazione di una franchigia di € 50, mentre l'utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance (o l'utilizzo di strutture convenzionate senza preventivo accordo con Blue Assistance) comporta l'applicazione, sulle spese ad essi relative, di uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 50.

§ **"DIAGNOSTICA COMPLETA":** riguarda le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio.
La garanzia "Diagnostica completa" è alternativa alle garanzie "Alta Diagnostica" e "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici".
La garanzia è regolamentata all'art. 2.7 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: 2.7 "Diagnostica completa", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'Assicurato", 4.5. "Cosa fare in caso di sinistro - Area Extra Ricovero" nonché nelle definizioni del glossario.
AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di € 4.000 per persona e per anno assicurativo. L'utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance comporta l'applicazione di una franchigia di € 35, mentre l'utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance (o l'utilizzo di strutture convenzionate senza preventivo accordo con Blue Assistance) comporta l'applicazione, sulle spese ad essi relative, di uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35.

§ **"VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI":** riguarda le visite specialistiche e/o gli accertamenti diagnostici resi necessari da infortunio o malattia, nonché i trattamenti fisioterapici resi necessari da infortunio, prescritti dal medico curante.
La garanzia "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" è alternativa alle garanzie "Diagnostica completa" e "Alta diagnostica".
La garanzia è regolamentata all'art. 2.8 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: 2.8 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'Assicurato", 4.5. "Cosa fare in caso di sinistro - Area Extra Ricovero" nonché nelle definizioni del glossario.
AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di € 5.000 per persona e per anno assicurativo. L'utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance comporta l'applicazione di una franchigia di € 35, mentre l'utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance (o l'utilizzo di strutture convenzionate senza preventivo accordo con Blue Assistance) comporta l'applicazione, sulle spese ad essi relative, di uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35.

L'**AREA EXTRARICOVERO - OPZIONE DELUXE** è alternativa all'Area Extra Ricovero - Opzione Comfort e si compone delle seguenti garanzie:

§ **"ALTA DIAGNOSTICA":** riguarda le spese sostenute per gli accertamenti di alta diagnostica resi necessari da malattia o infortunio.
La garanzia "Alta diagnostica" è alternativa alle garanzie "Diagnostica completa" e "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici".
La garanzia è regolamentata all'art. 2.9 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: 2.9 "Alta diagnostica", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'Assicurato", 4.5. "Cosa fare in caso di sinistro - Area Extra Ricovero" nonché nelle definizioni del glossario.
AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di € 6.000 per persona e per anno assicurativo. L'utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance comporta l'applicazione di una franchigia di € 50, mentre l'utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance (o l'utilizzo di strutture convenzionate senza preventivo accordo con Blue Assistance) comporta l'applicazione, sulle spese ad essi relative, di uno scoperto del 10% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 50.

§ **"DIAGNOSTICA COMPLETA":** riguarda le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio.
La garanzia "Diagnostica completa" è alternativa alle garanzie "Alta diagnostica" e "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici".
La garanzia è regolamentata all'art. 2.10 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: 2.10 "Diagnostica completa", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'Assicurato", 4.5. "Cosa fare in caso di sinistro - Area Extra Ricovero" nonché nelle definizioni del glossario.
AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di € 8.000 per persona e per anno assicurativo. L'utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance comporta l'applicazione di una franchigia di € 35, mentre l'utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance (o l'utilizzo di strutture convenzionate senza preventivo accordo con Blue Assistance) comporta l'applicazione, sulle spese ad essi relative, di uno scoperto del 10% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35

§ **"VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI":** riguarda le visite specialistiche e/o gli accertamenti diagnostici resi necessari da infortunio o malattia, nonché i trattamenti fisioterapici resi necessari da infortunio, prescritti dal medico curante.
La garanzia "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" è alternativa alle garanzie "Diagnostica completa" e "Alta diagnostica".
La garanzia è regolamentata all'art. 2.11 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: 2.11 "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'Assicurato", 4.5. "Cosa fare in caso di sinistro - Area Extra Ricovero" nonché nelle definizioni del glossario.
AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di € 10.000 per persona e per anno assicurativo. L'utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance comporta l'applicazione di una franchigia di € 35, mentre l'utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance (o l'utilizzo di strutture convenzionate senza preventivo accordo con Blue Assistance) comporta l'applicazione, sulle spese ad essi relative, di uno scoperto del 10% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35

L'**AREA INDENNITARIA** si compone della seguenti garanzie:
§ **"INDENNITÀ PER RICOVERO":** riguarda l'indennizzo forfettario in caso di ricovero o intervento chirurgico. Reale Mutua corrisponde all'Assicurato, per ogni sinistro:

- l'indennizzo indicato in modulo di polizza, in caso di ricovero con almeno un pernottamento reso necessario da infortunio o malattia diversi da grave patologia;
- il 30% dell'indennizzo in caso di day hospital, day surgery e intervento ambulatoriale resi necessari da infortunio o malattia diversi da grave patologia;
- 3 volte l'indennizzo indicato in modulo di polizza in caso di ricovero o intervento chirurgico resi necessari da grave patologia.

La garanzia "Indennità per ricovero" è acquistabile solo in abbinamento alle garanzie "Rimborso spese mediche" e "Rimborso spese mediche- Limitazione a intervento chirurgico" ed è alternativa alla garanzia "Indennità per Ricovero - Limitazione a gravi patologie".
La garanzia regolamentata all'art. 2.12 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: 2.12 "Indennità per ricovero", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'Assicurato", 4.6 "Cosa fare in caso di sinistro - Area indennitaria" nonché nelle definizioni del glossario.

§ **"INDENNITÀ PER RICOVERO - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE":** riguarda l'indennizzo forfettario in caso di ricovero o intervento chirurgico reso necessario da grave patologia.
La garanzia "Indennità per Ricovero - Limitazione a gravi patologie" è acquistabile solo in abbinamento alla garanzia "Rimborso spese mediche- Limitazione a gravi patologie" ed è alternativa alla garanzia "Indennità per ricovero".
La garanzia è regolamentata all'art. 2.13 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: 2.13 "Indennità per ricovero limitazione a gravi patologie", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'Assicurato", 4.6 "Cosa fare in caso di sinistro - Area Indennitaria" nonché nelle definizioni del glossario.

§ **"DIARIA POST RICOVERO":** riguarda la diaria in caso di convalescenza, a seguito di ricovero con almeno un pernottamento reso necessario da malattia o infortunio. La diaria è corrisposta per un numero di pernottamenti pari a tre volte quelli trascorsi in regime di ricovero, con il massimo di 20 pernottamenti in regime di ricovero per sinistro.La garanzia "Diaria Post Ricovero" è acquistabile solo in abbinamento alle garanzie "Rimborso spese mediche" e "Rimborso spese mediche- Limitazione a intervento chirurgico" ed è alternativa alla garanzia "Diaria Post Ricovero - Limitazione a gravi patologie".
La garanzia è regolamentata all'art. 2.14 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: 2.14 "Diaria post ricovero", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'Assicurato", 4.6 "Cosa fare in caso di sinistro - Area Indennitaria" nonché nelle definizioni del glossario.

§ **"DIARIA POST RICOVERO - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE":** riguarda la diaria in caso di convalescenza, a seguito di ricovero con almeno un pernottamento reso necessario da grave patologia. La diaria è corrisposta per un numero di pernottamenti pari a tre volte quelli trascorsi in regime di ricovero, con il massimo di 20 pernottamenti in regime di ricovero per sinistro.La garanzia "Diaria Post Ricovero - Limitazione a gravi patologie" è acquistabile solo in abbinamento alla garanzia "Rimborso spese mediche- Limitazione a gravi patologie" ed è alternativa alla garanzia "Diaria Post Ricovero".
La garanzia è regolamentata all'art. 2.15 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: 2.15 "Diaria post ricovero - Limitazione a gravi patologie", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 3.1 "Cosa non assicuriamo", 3.2 "Decorrenza della garanzia - Carenze", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Obblighi dell'Assicurato", 4.6 "Cosa fare in caso di sinistro - Area indennitaria" nonché nelle definizioni del glossario.

L'**AREA NON ASSICURATIVA** si compone dei seguenti servizi:
§ **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. 2.16 delle Condizioni di Assicurazione.

§ **"OBIETTIVO PREVENZIONE":** è un servizio che permette di individuare in base a età e sesso quali siano gli esami diagnostici da effettuare per una corretta prevenzione e quali siano i centri convenzionati presso cui poter effettuare le prestazioni così individuate.
Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami diagnostici e di prevenzione che lo stesso intende effettuare.
Il servizio non assicurativo è regolamentato all'art. 2.17 delle Condizioni di Assicurazione.

La **SEZIONE TI ASSISTO** contiene garanzie per le emergenze che possono verificarsi a seguito di un infortunio o una malattia. Per poter usufruire delle prestazioni l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di Blue Assistance, tramite telefono (dall'Italia: numero verde 800-092092 - dall'estero: 0039-011-7425555) o posta elettronica (assistenza@blueassistance.it).

Questa sezione si compone delle garanzie denominate e regolamentate come segue:

§ **"CON TE IN SALUTE":** contiene le seguenti prestazioni:
Informazioni, consigli e tutoring telefonico: servizio di consulenza medica per informazioni e consigli.
Prestazioni e Servizi complementari: invio di un infermiere a seguito di dimissione da una struttura sanitaria e consegna di farmaci presso la residenza.
Gestione delle Urgenze: invio di un medico generico o di un'ambulanza presso la residenza, trasporto in ambulanza, trasferimento in strutture sanitarie specializzate.
Parere medico complementare: ricorso al parere di un altro medico e/o istituzione (second opinion).
La garanzia è regolamentata all'art. 5.1 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: 5.1 "Con te in salute", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 6.1 "Cosa non assicuriamo", 7.1 "Obblighi dell'Assicurato", 7.2 "Mancato utilizzo delle prestazioni", 7.3 "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. 5.1 delle Condizioni di Assicurazione.

§ **"CON TE A CASA":** contiene le seguenti prestazioni:
Informazioni, consigli e tutoring telefonico: servizio di consulenza medica per informazioni e consigli.
Prestazioni e Servizi complementari: invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto, invio di un fisioterapista, consegna spesa presso la residenza, supporto psicologico.
Gestione delle Urgenze: assistenza domiciliare integrata, prelievo di campioni da analizzare e consegna referti, fornitura di attrezzatura medico chirurgica, effettuazione di radiografie ed ecografie.
La garanzia è regolamentata all'art. 5.2 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: 5.2 "Con te a casa", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 6.1 "Cosa non assicuriamo", 7.1 "Obblighi dell'Assicurato", 7.2 "Mancato utilizzo delle prestazioni", 7.3 "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. 5.2 delle Condizioni di Assicurazione.

§ **"CON TE IN FAMIGLIA":** contiene le seguenti prestazioni:
Prestazioni e Servizi complementari: invio di una collaboratrice domestica, assistenza ostetrica pre e post ricovero, invio di un accompagnatore o di un mezzo di trasporto, viaggio di un familiare, supporto psicologico, supporto per il servizio di banca delle cellule staminali del cordone ombelicale.
Gestione delle Urgenze: invio di un pediatra, fornitura di attrezzatura medico chirurgica, invio di un taxi e invio di una baby sitter.
La garanzia è regolamentata all'art. 5.3 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: 5.3 "Con te in famiglia", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 6.1 "Cosa non assicuriamo", 7.1 "Obblighi dell'Assicurato", 7.2 "Mancato utilizzo delle prestazioni", 7.3 "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. 5.3 delle Condizioni di Assicurazione.

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. 8.1. 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: 8.1 "Rimborso Spese Mediche a seguito di infortunio", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 9 "Operatività", 10 "Esclusioni", 11.1 "Denuncia del sinistro - Obblighi dell'assicurato", 11.2 "Data del sinistro", 11.3 "Liquidazione e pagamento", nonché nelle definizioni del glossario.
AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di un massimale di € 10.000 per persona e per anno assicurativo 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. 8.2 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 riduzi one o al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti articoli: 8.2 "Indennità abbonamenti non goduti", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 9 "Operatività", 10 "Esclusioni", 11.1 "Denuncia del sinistro - Obblighi dell'assicurato", 11.2 "Data del sinistro", 11.3 "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. 8.3 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: 8.3 "Assistenza Kids", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 9 "Operatività", 10 "Esclusioni", 11.4 "Assistenza kids - Obblighi dell'assicurato", 11.5 "Mancato utilizzo delle prestazioni", 11.6 "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. 8.3 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. 8.4 delle Condizioni di Assicurazione.

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

§ **"RIMBORSO SPESE 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. 12.1. 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: 12.1 "Rimborso Spese per Visita Odontoiatrica e Detartrasi", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 14 "Esclusioni", 15.1 "Obblighi dell'assicurato", 15.2 "Data del sinistro", 15.3 "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. 12.2. delle Condizioni di Assicurazione.
AVVERTENZA: la garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti diversi limiti ed esclusioni, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti articoli: 12.2 "Rimborso Spese Odontoiatriche a seguito di infortunio", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 14 "Esclusioni", 15.1 "Obblighi dell'assicurato", 15.2 "Data del sinistro", 15.3 "Liquidazione e pagamento", nonché nelle definizioni del glossario;
AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di un massimale di € 2.000 per persona e per anno assicurativo.
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.
Il servizio non assicurativo è regolamentato all'art. 12.3 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. 16.1 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: 16.1 "Indennità per intervento chirurgico a seguito di infortunio", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 17 "Operatività", 18 "Esclusioni", 19.1 "Denuncia del sinistro - Obblighi dell'assicurato", 19.2 "Data del sinistro", 19.3 "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. 16.2. 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: 16.2 "Indennità per immobilizzazione", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 17 "Operatività", 18 "Esclusioni", 19.1 "Denuncia del sinistro - Obblighi dell'assicurato", 19.2 "Data del sinistro", 19.3 "Liquidazione e pagamento" nonché nelle definizioni del glossario.

§ **"RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE":** riguarda le spese sostenute per i trattamenti di fisiokinesiterapia per la cura delle lesioni (elencate all' art. 16.3) determinate da infortunio.
La garanzia è regolamentata all'art. 16.3 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: 16.3 "Rimborso spese per riabilitazione", 1.14 "Chi non assicuriamo", 1.16 "Limiti di età", 17 "Operatività", 18 "Esclusioni", 19.1 "Denuncia del sinistro - Obblighi dell'assicurato", 19.2 "Data del sinistro", 19.3 "Liquidazione e pagamento" nonché nelle definizioni del glossario.
AVVERTENZA: la presente garanzia prevede un massimale di € 5.000 per persona e per anno assicurativo.

§ **"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.
Il servizio non assicurativo è regolamentato all'art. 16.4 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" della FORMULA FULL, in caso di intervento chirurgico effettuato presso una struttura sanitaria non convenzionata con Blue Assistance con un'equipe medica non convenzionata, oppure di utilizzo di un'equipe medica non convenzionata presso una struttura sanitaria convenzionata:

	Esempi			
	Opzione Comfort		Opzione Deluxe	
	A (struttura ed equipe medica non convenzionati)	**B** (struttura convenzionata - equipe medica non convenzionata	**C** (struttura ed equipe medica non convenzionata)	**D** (struttura convenzionata - equipe medica non convenzionata
Importo struttura sanitaria	€ 4.000			
Importo equipe medica	€ 7.000			
Scoperto	30% (minimo € 100 - massimo € 5.000)	30% (minimo € 100 - massimo € 5.000) solo per l'equipe medica	Nessuno scoperto	Nessuno scoperto

Esempio A: rimborso di € 7.700 all'Assicurato (ottenuto sottraendo € 3.300, ovvero il 30%, alla somma degli importi delle fatture per la struttura sanitaria e per l'equipe medica, pari a € 11.000).
Esempio B: pagamento diretto di € 4.000 (pari al 100%) alla struttura sanitaria; rimborso di € 4.900 all'Assicurato per le spese relative all'equipe medica (ottenuto sottraendo € 2.100, ovvero il 30%, all'importo della fattura di € 7.000).
Esempio C: rimborso di € 11.000 (pari al 100%) all'Assicurato in quanto non presenti scoperti.
Esempio D: pagamento diretto di € 4.000 (pari al 100%) alla struttura sanitaria; rimborso di € 7.000 (pari al 100%) all'Assicurato per le spese relative all'equipe medica in quanto non presenti scoperti.

Esempio di applicazione di scoperto per la garanzia "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici" della FORMULA FULL:

	Esempi			
	Opzione Comfort		Opzione Deluxe	
	A (struttura non convenzionati)	**B** (struttura convenzionata)	**C** (struttura non convenzionata)	**D** (struttura convenzionata)
Importo per accertamento diagnostico/visita specialistica	€ 300			
Scoperto/franchigia	30% (minimo € 35)	€ 35	10% (minimo € 35)	€ 35

Esempio A : rimborso di € 210 (ottenuto sottraendo € 90, ovvero il 30%, all'importo della fattura di € 300).
Esempio B: pagamento diretto di € 265 alla struttura sanitaria (ottenuto sottraendo € 35, cioè la franchigia prevista, all'importo della fattura di € 300).
Esempio C: rimborso di € 270 (ottenuto sottraendo € 30, ovvero il 10%, all'importo della fattura di € 300).
Esempio D: pagamento diretto di € 265 alla struttura sanitaria (ottenuto sottraendo € 35, cioè la franchigia prevista, all'importo della fattura di € 300).

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA - sono presenti nelle Condizioni di Assicurazione delle carenze, ovvero periodi di tempo che intercorrono tra la data di effetto dell'assicurazione e l'effettiva decorrenza della garanzia.
Per i dettagli si veda l'articolo 3.2 delle Condizioni di Assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario Sanitario - Nullità

AVVERTENZA: è necessario che l'Assicurato, risponda in maniera precisa e veritiera, alle domande previste dal questionario sanitario, laddove richiesto dalle Condizioni di Assicurazione, senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute in in quanto l'assicurazione è prestata in base a tali dichiarazioni.
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.

6. 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 1.14 delle Condizioni di Assicurazione, per i quali si configura invece un aggravamento di rischio che comporta la cessazione dell'assicurazione. Tali circostanze riguardano le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate.**
Nel caso di diminuzione del rischio Reale Mutua, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

7. Premi

Il premio, salva diversa pattuizione, è annuale ed è pagabile
- in unica rata per ciascun periodo annuo

oppure
- a rate costanti per periodi inferiori all'anno (semestrali o quadrimestrali 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.

8. 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. 1.5 delle Condizioni di Assicurazione.
E' previsto l'adeguamento del premio ad ogni scadenza annuale successiva alla stipula del contratto, in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato; le percentuali di incremento del premio sono indicate nella tabella riportata all'Appendice 1 delle Condizioni di Assicurazione. All'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione, secondo i criteri indicati al capoverso precedente.

9. 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.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.
Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile).

11. Legge applicabile al contratto

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

12. Regime fiscale

- per la sezione Ti Affianco si applica l'aliquota d'imposta del 2,5%;
- per la sezione Ti Assisto si applica l'aliquota d'imposta del 10%.
- per la sezione Kids:
    - garanzie "Rimborso spese mediche a seguito di infortunio", "Indennità abbonamenti non goduti" si applica l'aliquota d'imposta del 2,5%;
    - 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

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA

Per la sezione Ti Affianco si considerano "sinistro" i seguenti eventi: il ricovero, l'intervento chirurgico (con o senza ricovero), il ricovero domiciliare o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie assicurate.
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 le 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 spese 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. 4.1, 11.2, 15.2, 19.2 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 4.1 al 4.6 per la sezione Ti Affianco della Formula Full
- dal 7.1 al 7.3 per la sezione Ti Assisto della Formula Full
- dal 11.1 al 11.6 per la sezione Kids della Formula Target
- dal 15.1 al 15.3 per la sezione Dental della Formula Target
- dal 19.1 al 19.3 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.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

AVVERTENZA

Il contratto prevede la possibilità di utilizzare strutture sanitarie e medici convenzionati con Blue Assistance, presso cui l'Assicurato - previo accordo telefonico con la Centrale Operativa della stessa secondo le indicazioni di cui ai capitoli "Gestione del sinistro" - può fruire dell'indennizzo diretto per le prestazioni comprese in garanzia.

In caso di mancato utilizzo di tale facoltà, rimane a carico dell'Assicurato una parte del valore del sinistro, in quanto l'utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati con Blue Assistance (o l'utilizzo di strutture e medici convenzionati senza preventivo accordo con Blue Assistance) comporta l'applicazione dei seguenti scoperti:

- **Scoperto 30%**
  - **FORMULA FULL: Rimborso spese mediche - Opzione Comfort, Rimborso spese mediche - Limitazione a gravi patologie, Rimborso spese mediche - Limitazione a intervento chirurgico, Alta diagnostica - Opzione Comfort, Diagnostica completa - Opzione Comfort, Visite specialistiche e accertamenti diagnostici - Opzione Comfort;**
- **Scoperto 10%**
  - **FORMULA FULL: Alta diagnostica - Opzione Deluxe, Diagnostica completa - Opzione Deluxe, Visite specialistiche e accertamenti diagnostici - Opzione Deluxe;**

Gli articoli delle Condizioni di Assicurazione che disciplinano questi casi, ai quali si rimanda per una lettura completa, sono i seguenti:
2.1.2 A "Rimborso spese mediche Comfort - Operatività - Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate", 2.2.2 A "Rimborso spese mediche Limitazione a gravi patologie - Operatività - Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate", 2.3.2 A "Rimborso spese mediche Limitazione a intervento chirurgico - Operatività - Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate" , 2.6.2 A "Alta diagnostica Comfort - Operatività - Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate" 2.7.2 A "Diagnostica Completa Comfort - Operatività - Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate" 2.8.2 A "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici Comfort - Operatività - Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate", 2.9.2 A "Alta diagnostica Deluxe - Operatività - Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate" 2.10.2 A "Diagnostica Completa Deluxe - Operatività - Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate" 2.11.2 A "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici Deluxe - Operatività - Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate", 4.2"Norme del servizio Blue Assistance", 4.4"Cosa fare in caso di sinistro - Area ricovero", 4.5"Cosa fare in caso di sinistro - Area extraricovero".

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

15. Reclami

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

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

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

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

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

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

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

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

Commissione di Garanzia

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

Mediazione per la conciliazione delle controversie

In caso di controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria o in materia di contratti assicurativi, bancari o finanziari, qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di mediazione prevista dal d.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni. La mediazione non è obbligatoria negli altri casi e per le controversie relative al risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli.

Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it.

La mediazione si introduce con una domanda all'organismo nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia contenente l'indicazione dell'organismo investito, delle parti, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni.

Le parti devono partecipare alla procedura di mediazione, già dal primo incontro, con l'assistenza di un avvocato.

16. Arbitrato

AVVERTENZA: per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. **In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organismi di Mediazione accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010.**

Per i dettagli si veda il articolo 1.8 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

* * *

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO
Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

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*.

GRAVE PATOLOGIA
Le patologie indicate all'Appendice 2.

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.**

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

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

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

MEMO CARD BLUE ASSISTANCE
La Memo Card Blue Assistance è una carta per il riconoscimento dell'*Assicurato* nelle *strutture sanitarie* convenzionate con *Blue Assistance*, valida per tutta la durata contrattuale

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

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

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

NUCLEO FAMILIARE (Definizione valida solo per la Sezione Ti Assisto)
Coniuge, convivente more uxorio e figli conviventi con il Contraente, come risultante da certificato anagrafico di stato di famiglia.

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.

QUESTIONARIO SANITARIO
Documento che costituisce parte integrante della *polizza* e descrive lo stato di salute dell'*Assicurato*, sulla base di dichiarazioni da lui rese.
Esso deve essere compilato in modo completo e veritiero, senza omettere circostanze o informazioni sullo stato di salute in quanto è strumento per la valutazione del rischio da parte dell'assicurazione.
Il Questionario deve essere sottoscritto dall'*Assicurato* medesimo o, se minorenne, da chi ne esercita la potestà genitoriale.

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.

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

WWW

RealmenteInSalute Full

Il tuo benessere familiare ha bisogno di nuove certezze

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INTRODUZIONE pag. 5

DEFINIZIONI pag. 7

CONDIZIONI GENERALI pag. 10
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO pag. 10
1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE pag. 10
1.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE pag. 10
1.4 OPZIONE DOPPIA DURATA pag. 10
1.5 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE pag. 10
1.6 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ pag. 11
1.7 TERMINI DI RINUNCIA ALLA RIVALSA pag. 11
1.8 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE pag. 11
1.9 FORO COMPETENTE pag. 12
1.10 ONERI FISCALI pag. 12
1.11 ALTRE ASSICURAZIONI pag. 12
1.12 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE pag. 12
1.13 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE pag. 12
1.14 CHI NON ASSICURIAMO pag. 12
1.15 MODALITÀ DI ACCESSO ALLO SCONTO SALUTE pag. 12
1.16 LIMITI DI ETÀ pag. 13
1.17 SOSTITUZIONE DI POLIZZA pag. 13

FORMULA FULL pag. 15

SEZIONE "TI AFFIANCO" pag. 16
COSA ASSICURIAMO pag. 16
AREA RICOVERO – OPZIONE COMFORT pag. 16
2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE pag. 16
2.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE pag. 19
2.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A INTERVENTO CHIRURGICO pag. 22
AREA RICOVERO – OPZIONE DELUXE pag. 24
2.4 RIMBORSO SPESE MEDICHE pag. 24
AREA RICOVERO – FRANCHIGIA pag. 27
2.5 OPERATIVITÀ DELLA FRANCHIGIA E RIDUZIONE DEGLI INDENNIZZI FORFETTARI pag. 27
AREA EXTRARICOVERO-OPZIONE COMFORT pag. 28
2.6 ALTA DIAGNOSTICA pag. 28
2.7 DIAGNOSTICA COMPLETA pag. 28
2.8 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI pag. 29
AREA EXTRARICOVERO-OPZIONE DELUXE pag. 29
2.9 ALTA DIAGNOSTICA pag. 29
2.10 DIAGNOSTICA COMPLETA pag. 30
2.11 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI pag. 30
AREA INDENNITARIA pag. 31
2.12 INDENNITÀ PER RICOVERO pag. 31
2.13 INDENNITÀ PER RICOVERO - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE pag. 31
2.14 DIARIA POST RICOVERO pag. 31
2.15 DIARIA POST RICOVERO - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE pag. 32

AREA NON ASSICURATIVA pag. 32
2.16 ACCESSO AL NETWORK pag. 32
2.17 OBIETTIVO PREVENZIONE pag. 33
ESCLUSIONI pag. 34
3.1 COSA NON ASSICURIAMO pag. 34
3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE pag. 35
GESTIONE DEL SINISTRO pag. 36
4.1 DATA DEL SINISTRO pag. 36
4.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE pag. 36
4.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 36
4.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA RICOVERO pag. 36
4.5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA EXTRARICOVERO pag. 40
4.6 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA INDENNITARIA pag. 41
SEZIONE "TI ASSISTO" pag. 42
COSA ASSICURIAMO pag. 42
5.1 CON TE IN SALUTE pag. 42
5.2 CON TE A CASA pag. 44
5.3 CON TE IN FAMIGLIA pag. 47
ESCLUSIONI pag. 51
6.1 COSA NON ASSICURIAMO pag. 51
GESTIONE DEL SINISTRO pag. 52
7.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 52
7.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI pag. 52
7.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE pag. 52
FORMULA TARGET pag. 53
SEZIONE KIDS pag. 54
8 COSA ASSICURIAMO pag. 54
8.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO pag. 54
8.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI pag. 55
8.3 ASSISTENZA KIDS pag. 55
8.4 ACCESSO AL NETWORK pag. 57
9 OPERATIVITÀ pag. 59
10 ESCLUSIONI pag. 60
11 GESTIONE DEL SINISTRO pag. 61
11.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 61
11.2 DATA DEL SINISTRO pag. 61
11.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO pag. 61
11.4 ASSISTENZA KIDS - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 62
11.5 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI pag. 62
11.6 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE pag. 62
SEZIONE DENTAL pag. 63
12 COSA ASSICURIAMO pag. 63
12.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI pag. 63
12.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO pag. 63
12.3 ACCESSO AL NETWORK pag. 63

13 OPERATIVITÀ pag. 64
14 ESCLUSIONI pag. 65
15 GESTIONE DEL SINISTRO pag. 66
15.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 66
15.2 DATA DEL SINISTRO pag. 66
15.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO pag. 67
SEZIONE FISIO pag. 68
16 COSA ASSICURIAMO pag. 68
16.1 INDENNITÀ PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO pag. 68
16.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE pag. 68
16.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE pag. 68
16.4 ACCESSO AL NETWORK pag. 69
17 OPERATIVITÀ pag. 70
18 ESCLUSIONI pag. 71
19 GESTIONE DEL SINISTRO pag. 72
19.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 72
19.2 DATA DEL SINISTRO pag. 72
19.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO pag. 72
APPENDICE 1 pag. 73
TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ pag. 73
APPENDICE 2 pag. 78
ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE pag. 78
APPENDICE 3 pag. 82
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA pag. 82

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.
Il presente fascicolo informativo si compone di due diverse Formule:
– Full
– Target
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.
Partecipando all'iniziativa l'Assicurato che risulterà in buono stato di salute otterrà uno sconto sul premio di polizza; per maggiori dettagli si veda a riguardo l'art. 1.15 delle Condizioni di Assicurazione.
Inoltre, 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 (ad eccezione della Sezione Kids e della Sezione Dental della Formula Target).
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 Formule, a loro volta composte di Sezioni, Aree e Garanzie.

Si specifica che saranno operanti esclusivamente le Formule, le Sezioni, le Aree 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 FULL

La **SEZIONE "TI AFFIANCO"** contiene garanzie che offrono un supporto per le cure mediche inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico. Tale Sezione contiene inoltre servizi utili all'Assicurato per accedere alla rete di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance e per individuare un set di esami da effettuare in ottica di prevenzione.

Questa Sezione si compone delle seguenti aree e garanzie:
- Area ricovero (obbligatoria)
  - Rimborso spese mediche
  - Rimborso spese mediche - Limitazione a gravi patologie
  - Rimborso spese mediche - Limitazione a intervento chirurgico
- Area indennitaria
  - Indennità per ricovero (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Rimborso spese mediche e Rimborso spese mediche - Limitazione a intervento chirurgico)
  - Indennità per ricovero - Limitazione a gravi patologie (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Rimborso spese mediche - Limitazione a gravi patologie)
  - Diaria post ricovero (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Rimborso spese mediche e Rimborso spese mediche - Limitazione a intervento chirurgico)

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

  - Diaria post ricovero - Limitazione a gravi patologie (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Rimborso spese mediche-Limitazione a gravi patologie)

- Area extraricovero
  - Alta diagnostica (opzionale)
  - Diagnostica completa (opzionale)
  - Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (opzionale)

- Area non assicurativa
  - Accesso al Network (obbligatoria)
  - Obiettivo Prevenzione (obbligatoria)

Nell'Area ricovero, le garanzie Rimborso spese mediche, Rimborso spese mediche - Limitazione a gravi patologie e Rimborso spese mediche - Limitazione a intervento chirurgico, sono alternative fra di loro.

Nell'Area extraricovero, le garanzie Alta diagnostica, Diagnostica completa, Visite specialistiche e accertamenti diagnostici, sono alternative fra di loro.

Le garanzie Rimborso spese mediche, Alta diagnostica, Diagnostica completa, Visite specialistiche e accertamenti diagnostici si compongono delle seguenti opzioni alternative fra di loro:
– Opzione Comfort
– Opzione Deluxe
che differiscono per massimali, scoperti e franchigie come indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

La **SEZIONE "TI ASSISTO"** offre un ventaglio di servizi e prestazioni per far fronte ad emergenze di natura sanitaria.

Questa Sezione si compone delle garanzie:
- Con te in salute (obbligatoria)
- Con te a casa (opzionale)
- Con te in famiglia (opzionale)

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.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO
Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una *malattia*, a carattere anche cruento e/o invasivo.

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* selezionate dalla società stessa.

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*.

CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI
Le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri convenzionati con *Blue Assistance* presso i quali l'*Assicurato* può fruire delle prestazioni odontoiatriche previste dalla *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*.

DIRETTA BLUEASY
Strumento per la gestione dei *sinistri* dell'Area Extraricovero che permette agli *Assicurati* di fruire del pagamento diretto del *sinistro* senza dover contattare la *Centrale Operativa* di *Blue Assistance*.
Tramite questa dispositiva il cliente si interfaccia direttamente con la *struttura sanitaria convenzionata* ove intende ricevere la prestazione e, in maniera automatica, viene riconosciuto dal centro come cliente di Reale Mutua. Tale servizio prevede un processo di comunicazione via e-mail e/o SMS al cliente per la conferma che la prestazione è in copertura. **Tale servizio è disponibile solo nelle *strutture sanitarie* abilitate a questa tipologia di accesso.**

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*.

GRAVE PATOLOGIA
Le patologie indicate all'Appendice 2.

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

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

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.**

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

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

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

MEMO CARD BLUE ASSISTANCE
La Memo Card Blue Assistance è una carta per il riconoscimento dell'*Assicurato* nelle *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, valida per tutta la durata contrattuale.

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

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

NUCLEO FAMILIARE (Definizione valida solo per la Sezione Ti Assisto)
Coniuge, convivente more uxorio e figli conviventi con il *Contraente*, come risultante da certificato anagrafico di stato di famiglia.

PRESTAZIONI SANITARIE (Definizione valida solo per la 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.

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

QUESTIONARIO SANITARIO
Documento che costituisce parte integrante della *polizza* e descrive lo stato di salute dell'*Assicurato* sulla base di dichiarazioni da lui rese.
Esso deve essere compilato in modo completo e veritiero, senza omettere circostanze o informazioni sullo stato di salute in quanto è strumento per la valutazione del rischio da parte dell'assicurazione.
Il Questionario deve essere sottoscritto dall'*Assicurato* medesimo o, se minorenne, da chi ne esercita la potestà genitoriale.

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.

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

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

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 OPZIONE DOPPIA DURATA

Qualora nel modulo di polizza sia riportata l'opzione "Doppia durata", Reale Mutua si impegna, su richiesta del *Contraente*, alla scadenza del contratto in vigore, a sottoscrivere un nuovo contratto di durata in anni pari a quella del precedente, **per una sola volta e per gli stessi *Assicurati***. Le condizioni normative e tariffarie, saranno quelle vigenti al momento della nuova sottoscrizione per il prodotto RealmenteIn-Salute o analogo eventualmente commercializzato in sostituzione e comunque per le garanzie prescelte originariamente, con le eventuali limitazioni già in corso indipendentemente dalle modifiche delle condizioni sanitarie dell'*Assicurato*.

L'opzione "Doppia durata" non è acquistabile:

- **qualora anche solo uno degli *Assicurati* presenti in *polizza* abbia un'età superiore a 60 anni;**
- **per contratti di durata inferiore a due anni;**
- **qualora anche solo uno degli *Assicurati* abbia scelto la garanzia Rimborso spese mediche – Limitazione a *gravi patologie*.**

Reale Mutua si riserva comunque il diritto, in fase di emissione del contratto, di non concedere l'opzione "Doppia durata" in caso di determinate condizioni di salute dell'*Assicurato* derivanti dall'analisi del *questionario sanitario*.

Reale Mutua non è obbligata a contrarre nuovamente l'assicurazione in caso di:

- **mancato esercizio della facoltà di rinnovo da parte del *Contraente* entro i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto;**
- **cessato esercizio del ramo malattie da parte di Reale Mutua.**

1.5 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.

1.6 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

Il premio delle garanzie delle Sezioni "Ti Affianco" è incrementato ad ogni annualità successiva alla stipula, in funzione del crescere dell'età di ciascun *Assicurato*, sulla base delle percentuali indicate nelle tabelle riportate nell'Appendice 1 di cui al presente fascicolo informativo.
All'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione, ai sensi del precedente art. 1.5.

1.7 TERMINI DI RINUNCIA ALLA RIVALSA

Relativamente alle Sezioni "Ti affianco", 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* o della *malattia* esclusivamente per la garanzia "Indennità sostitutiva del rimborso".
Inoltre per la Formula Target, Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa verso i terzi responsabili dell'*infortunio*.

1.8 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.:

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 rifiuti di firmare il relativo verbale.

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

1.9 FORO COMPETENTE

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

1.10 ONERI FISCALI

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

1.11 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.

1.12 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.13 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1.14 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.

1.15 MODALITÀ DI ACCESSO ALLO SCONTO SALUTE

Relativamente alle sole garanzie dell'Area *Ricovero* e dell'Area Indennitaria della formula Full della Sezione "Ti Affianco", Reale Mutua applica uno sconto del 10% del premio netto annuo, **qualora l'*Assicurato* sia maggiorenne e rientri nei seguenti parametri attestanti il buono stato di salute:**

a) **Indice di Massa Corporea compreso tra 19 e 27**
b) **Pressione arteriosa minima compresa tra 60 e 85 mm/hg**
c) **Pressione arteriosa massima compresa tra 90 e 130 mm/hg**
d) **Colesterolo inferiore a 250 mg/dl**
e) ***Questionario sanitario* senza regolamentazioni mediche (nelle garanzie in cui viene richiesta la sua compilazione).**

I parametri di cui alle lettere b), c), d) si intendono validi nel caso in cui l'*Assicurato* non assuma abitualmente farmaci per il controllo della colesterolemia e della pressione arteriosa.

Gli accertamenti richiesti ai punti a), b), c), d) devono risultare da esami medici effettuati in data non antecedente i 3 mesi precedenti la decorrenza del contratto e possono generalmente essere svolti presso farmacie, senza la necessità di rivolgersi a *strutture sanitarie*.

L'*Assicurato* deve certificare che gli esami medici siano relativi alla sua persona e che siano stati effettuati entro il limite temporale indicato sopra (3 mesi precedenti la decorrenza del contratto).

Tale sconto verrà mantenuto per tutta la durata contrattuale **e comunque non oltre il settantacinquesimo anno di età dell'*Assicurato*.**

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

1.16 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 della Formula Target 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.

1.17 SOSTITUZIONE DI POLIZZA

Esclusivamente per la Formula Full, se non scelta l'opzione "Doppia Durata", qualora la *polizza* sia sostituita, senza soluzione di continuità, da copertura analoga sempre presso Reale Mutua, per lo stesso rischio, relativamente agli stessi *Assicurati*, si conviene che Reale Mutua estende la copertura dell'assicurazione, mantenendo le stesse condizioni della *polizza* sostituita, alle prestazioni sanitarie conseguenti a *malattia* o *infortunio* occorsi durante la validità della polizza sostituita purchè effettuate entro trenta giorni dalla decorrenza della nuova *polizza*. **Resta convenuto che le predette prestazioni sanitarie devono essere conseguenti a *malattia* diagnosticata o *infortunio* occorso durante la validità della *polizza* sostituita, sempreché non fossero già escluse dalla *polizza* stessa.**

FORMULA FULL

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

SEZIONE "TI AFFIANCO"

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni rese nel *questionario sanitario*, che forma parte integrante della *polizza*. È necessario che l'*Assicurato* risponda in maniera precisa e veritiera, senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute, alle domande previste dal *questionario sanitario*.
Per la sola garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE* non è richiesta la compilazione del *questionario sanitario* da parte dell'*Assicurato*, **ferme restando le esclusioni dell'art. 3.1 COSA NON ASSICURIAMO.**

COSA ASSICURIAMO

Reale Mutua presta le garanzie indicate solo se esplicitamente richiamate in *modulo di polizza*.

AREA *RICOVERO* – OPZIONE COMFORT

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.14 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE, 2.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE*, 2.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A *INTERVENTO CHIRURGICO* sono alternative fra di loro.

2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE

2.1.1 OGGETTO

A SPESE DURANTE IL *RICOVERO* O *INTERVENTO CHIRURGICO*
In caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *malattia* o da *infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.1.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

- **a** assistenza medica ed infermieristica, cure **(con il massimo, per la dialisi, di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona)**, *trattamenti di fisiokinesiterapia*, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, *accertamenti diagnostici*;
- **b** rette di degenza;
- **c** *intervento chirurgico*; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. **In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, Reale Mutua paga le spese per il loro acquisto con il massimo di € 5.000 per *sinistro***;
  Sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio* **purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico**;
- **d** cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di *infortunio* **comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico, con il massimo di € 5.500 per le protesi**;
- **e** vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella *struttura sanitaria*, **con il massimo di € 2.000 per persona e per anno assicurativo**;
- **f** trasporto dell'*Assicurato* con qualsiasi mezzo alla *struttura sanitaria*, da una *struttura sanitaria* ad un'altra e, **se richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, con il massimo di € 2.500 per *sinistro***.

B PARTO
In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, Reale Mutua paga le spese indicate alla lettera A del presente articolo.

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

Sono operanti i seguenti limiti di *indennizzo* per *sinistro*:
- **€ 3.000 in caso di parto naturale;**
- **€ 6.000 in caso di parto cesareo.**

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o il parto avvenga a domicilio, Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* forfettario di € 1.500.
Reale Mutua paga inoltre le spese relative alle prestazioni sanitarie eseguite dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto, **purché siano inerenti allo stato di gravidanza e fino alla concorrenza di € 300 per tutto il periodo suindicato.**
Le spese successive al *ricovero* per parto si intendono pertanto escluse.

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL *RICOVERO*

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni **effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi** purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con le modalità previste all'art. 2.1.2 OPERATIVITÀ**:
- *visite specialistiche*;
- *accertamenti diagnostici* (compresi gli onorari medici);
- *trattamenti di fisiokinesiterapia*;
- trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico;
- cure termali praticate successivamente al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con esclusione delle spese alberghiere**.

D *RICOVERO* ALL'ESTERO

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

E TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

Reale Mutua paga le spese indennizzabili sostenute per il trapianto o espianto di organi subito dall'*Assicurato*. Se l'*Assicurato* è ricevente Reale Mutua paga anche le spese per il prelievo ed il trasporto di organi o parte di essi.

F INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora il *ricovero* o l'*intervento chirurgico* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* non sostenga in proprio alcuna spesa, Reale Mutua corrisponde € 150 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in *day hospital/day surgery*.
Si specifica che la presente garanzia non opera in caso di intervento ambulatoriale.
In caso di dialisi, anche in assenza di *ricovero*, Reale Mutua corrisponde € 150 per ogni applicazione con un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.
In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, viene corrisposto l'*indennizzo* forfettario di € 1.500 come indicato alla lettera B del presente articolo.
Qualora il *ricovero* sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'*Assicurato* può scegliere tra l'indennità di cui sopra e il rimborso dell'eccedenza di spesa indennizzabile rimasta a suo carico.

G TERAPIE ONCOLOGICHE

Anche in assenza di *ricovero* o *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per chemioterapia e radioterapia praticate per la cura delle neoplasie maligne.

H ASSISTENZA DOMICILIARE PER *MALATTIA* TERMINALE

In caso di *malattia* a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'*Assicurato*, che comporta la *non autosufficienza*, Reale Mutua paga, **con il massimo di € 11.000 per *sinistro***, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

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

- assistenza medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o *strutture sanitarie* specializzate e legalmente riconosciute;

o, in alternativa, a scelta dell'*Assicurato*:

- *assistenza infermieristica* professionale a domicilio.

I CURA PER A.I.D.S.

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

J MEDICINA PREVENTIVA

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni:

a Per i neonati fino a 6 mesi di età: ecografia alle anche;
b Per i minori di 18 anni di età: visita ortodontica;
c Per i maggiori di 18 anni di età;

- esami di laboratorio (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, creatininemia, funzionalità epatica, emocromo completo, esame urine completo, azotemia, VES);
- PSA sopra i 50 anni;
- ecografia prostatica;
- pap test sopra i 25 anni;
- mammografia;
- elettrocardiogramma di base;
- pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica;
- visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.

In alternativa agli *accertamenti diagnostici* previsti per i maggiori di 18 anni di età Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per una *visita specialistica* a scelta tra le seguenti:

- visita dermatologica e controllo nevi;
- visita cardiologica;
- visita oculistica;
- visita ginecologica;
- visita urologica.

Le prestazioni precedentemente descritte devono essere effettuate presso poliambulatori convenzionati con *Blue Assistance*, previo accordo telefonico con la medesima.
Ciascun *Assicurato* può effettuare le prestazioni suindicate al massimo una volta ogni due anni.

K CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della *polizza* la garanzia opera gratuitamente nel primo anno di vita, anche per *malformazioni*, *difetti fisici* o *malattie* congenite, **sempreché la madre – che deve essere assicurata – non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.**
La garanzia opera secondo l'opzione acquistata dalla madre.
La copertura in favore del neonato cessa con il compimento del primo anno di vita e laddove venisse richiesta una nuova copertura *malattie* a favore del nato, decorso l'anno di vita, Reale Mutua si riserva la facoltà, anche sulla base delle dichiarazioni rese nel *questionario sanitario*, di includere o meno in garanzia il neonato e in caso positivo di determinare le condizioni di assicurazione e il premio relativo.

2.1.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance*, Reale Mutua paga direttamente le prestazioni erogate all'*Assicurato*.

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

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato*, **con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che in ogni caso non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per *sinistro*. È inoltre previsto un limite di *indennizzo* al giorno per la retta di degenza di € 400 (IVA INCLUSA).**
In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, Reale Mutua:

- paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria convenzionata*;
- rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica non convenzionata, **con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che in ogni caso non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per *sinistro*;**

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero*, di cui all'art. 2.1.1 C, sono rimborsate integralmente se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate* con medici convenzionati o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e/o medici non convenzionati **si applica uno *scoperto* del 30%.**

B *MASSIMALE*
La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 300.000 per persona e per anno assicurativo.

2.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE*

Reale Mutua paga le spese di seguito elencate sostenute dall'*Assicurato* rese necessarie da *grave patologia* con i limiti e le indicazioni specificati nel "prontuario diagnostico" della tabella di cui all'Appendice 2.

2.2.1 OGGETTO

A SPESE DURANTE IL *RICOVERO* O *INTERVENTO CHIRURGICO*
In caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *grave patologia* indennizzabile a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.2.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

a assistenza medica ed infermieristica, cure **(con il massimo, per la dialisi, di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona)**, *trattamenti di fisiokinesiterapia*, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, *accertamenti diagnostici*;
b rette di degenza;
c *intervento chirurgico*; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. **In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, Reale Mutua paga le spese per il loro acquisto con il massimo di € 5.000 per *sinistro***.
Sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio* **purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico**;
d cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di *infortunio* **comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico, con il massimo di € 5.500 per le protesi**;
e vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella *struttura sanitaria*, **con il massimo di € 2.000 per persona e per anno assicurativo**;
f trasporto dell'*Assicurato* con qualsiasi mezzo alla *struttura sanitaria*, da una *struttura sanitaria* ad un'altra e, **se richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, con il massimo di € 2.500 per *sinistro***.

In caso di *ricovero* dovuto a ictus cerebrale o a paralisi, che non comporti *intervento chirurgico*, Reale Mutua riconosce le prestazioni assicurate **per un massimo di 60 giorni di *ricovero* per anno assicurativo**.

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

B SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL *RICOVERO*

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni **effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi** purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* resi necessari da *grave patologia*, **con le modalità previste all'art. 2.2.2 OPERATIVITÀ:**

- *visite specialistiche*;
- *accertamenti diagnostici* (compresi gli onorari medici);
- *trattamenti di fisiokinesiterapia*;
- trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico;
- cure termali praticate successivamente al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con esclusione delle spese alberghiere**.

C *RICOVERO* ALL'ESTERO

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

D TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

Reale Mutua paga le spese indennizzabili sostenute per il trapianto o espianto di organi subito dall'*Assicurato*. Se l'*Assicurato* è ricevente Reale Mutua paga anche le spese per il prelievo ed il trasporto di organi o parte di essi.

E INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* non sostenga in proprio alcuna spesa, Reale Mutua corrisponde € 150 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in *day hospital/day surgery*.

Si specifica che la presente garanzia non opera in caso di intervento ambulatoriale.

In caso di dialisi, anche in assenza di *ricovero*, Reale Mutua corrisponde € 150 per ogni applicazione con un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.

Qualora il *ricovero* sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'*Assicurato* può scegliere tra l'indennità di cui sopra e il rimborso dell'eccedenza di spesa indennizzabile rimasta a suo carico.

F TERAPIE ONCOLOGICHE

Anche in assenza di *ricovero* o *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per chemioterapia e radioterapia praticate per la cura delle neoplasie maligne.

G ASSISTENZA DOMICILIARE PER *MALATTIA* TERMINALE

In caso di *malattia* a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'*Assicurato*, che comporta la *non autosufficienza*, Reale Mutua paga, **con il massimo di € 11.000 per *sinistro***, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

- assistenza medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o *strutture sanitarie* specializzate e legalmente riconosciute;

o, in alternativa, a scelta dell'*Assicurato*:

- *assistenza infermieristica* professionale a domicilio.

H CURA PER A.I.D.S.

Fermo restando che l'assicurazione non è operante per la sieropositività da virus H.I.V. e che per le persone affette da A.I.D.S. l'assicurazione cessa automaticamente, qualora l'*Assicurato*, non sieropositivo alla data di effetto dell'assicurazione, contragga A.I.D.S. e questa risulti, da documentazione ospedaliera, in fase conclamata, Reale Mutua mette a disposizione dell'*Assicurato* una somma di € 5.500.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e, quindi, non è trasmissibile agli eredi.

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

I MEDICINA PREVENTIVA

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni:

a Per i neonati fino a 6 mesi di età: ecografia alle anche;

b Per i minori di 18 anni di età: visita ortodontica;

c Per i maggiori di 18 anni di età:

- esami di laboratorio (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, creatininemia, funzionalità epatica, emocromo completo, esame urine completo, azotemia, VES);
- PSA sopra i 50 anni;
- ecografia prostatica;
- pap test sopra i 25 anni;
- mammografia;
- elettrocardiogramma di base;
- pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica;
- visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.

In alternativa agli *accertamenti diagnostici* previsti per i maggiori di 18 anni di età Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per una *visita specialistica* a scelta tra le seguenti:

- visita dermatologica e controllo nevi;
- visita cardiologica;
- visita oculistica;
- visita ginecologica;
- visita urologica.

Le prestazioni precedentemente descritte devono essere effettuate presso poliambulatori convenzionati con *Blue Assistance*, previo accordo telefonico con la medesima.
Ciascun *Assicurato* può effettuare le prestazioni suindicate al massimo una volta ogni due anni.

J CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della *polizza* la garanzia opera gratuitamente nel primo anno di vita, anche per *malformazioni*, *difetti fisici* o *malattie* congenite, **sempreché la madre - che deve essere assicurata - non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.**
La garanzia opera secondo l'opzione acquistata dalla madre.
La copertura in favore del neonato cessa con il compimento del primo anno di vita e laddove venisse richiesta una nuova copertura *malattie* a favore del nato, decorso l'anno di vita, Reale Mutua si riserva la facoltà, anche sulla base delle dichiarazioni rese nel *questionario sanitario*, di includere o meno in garanzia il neonato e in caso positivo di determinare le condizioni di assicurazione e il premio relativo.

2.2.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance*, Reale Mutua paga direttamente le prestazioni erogate all'*Assicurato*.
In caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici chirurghi non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato*, **con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per *sinistro*.**
È inoltre previsto un limite di *indennizzo* al giorno per la retta di degenza di € 400 (IVA INCLUSA).
In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, Reale Mutua:

- paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria convenzionata*;
- rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica non convenzionata, **con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che in ogni caso non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per *sinistro*.**

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

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, di cui all'art. 2.2.1 B, sono rimborsate integralmente se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate* con medici convenzionati o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e/o medici non convenzionati **si applica uno *scoperto* del 30%.**

B ***MASSIMALE***
La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 300.000 per persona e per anno assicurativo.

2.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A *INTERVENTO CHIRURGICO*

2.3.1 OGGETTO

A SPESE DURANTE L'*INTERVENTO CHIRURGICO*
In caso di *intervento chirurgico* reso necessario da *malattia* o da *infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.3.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute per l'*intervento chirurgico* dall'*Assicurato* per:

a assistenza medica ed infermieristica, cure, *trattamenti di fisiokinesiterapia*, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, *accertamenti diagnostici*, inerenti all'*intervento chirurgico*;

b rette di degenza;

c *intervento chirurgico*; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. **In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, Reale Mutua paga le spese per il loro acquisto con il massimo di € 5.000 per *sinistro*.**
Sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio* **purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico**;

d vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella *struttura sanitaria*, **con il massimo di € 2.000 per persona e per anno assicurativo**;

e trasporto dell'*Assicurato* con qualsiasi mezzo alla *struttura sanitaria*, da una *struttura sanitaria* ad un'altra e, **se richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, con il massimo di € 2.500 per *sinistro***.

B PARTO
In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, Reale Mutua paga le spese indicate alla lettera A del presente articolo.
Sono operanti i seguenti limiti di *indennizzo* per *sinistro*:

- **€ 3.000 in caso di parto naturale;**
- **€ 6.000 in caso di parto cesareo.**

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o il parto avvenga a domicilio, Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* forfettario di € 1.500.
Le spese precedenti e successive al *ricovero* per parto si intendono pertanto escluse.

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE ALL'*INTERVENTO CHIRURGICO*
Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni **effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi** purché inerenti all'*intervento chirurgico*, **con le modalità previste all'art. 2.3.2 OPERATIVITÀ:**

- *visite specialistiche*;
- *accertamenti diagnostici* (compresi gli onorari medici);
- *trattamenti di fisiokinesiterapia*;
- trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico;
- cure termali praticate successivamente all'*intervento chirurgico*, **con esclusione delle spese alberghiere**.

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

D *INTERVENTO CHIRURGICO* ALL'ESTERO

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

E TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

Reale Mutua paga le spese indennizzabili sostenute per il trapianto o espianto di organi subito dall'*Assicurato*. Se l'*Assicurato* è ricevente Reale Mutua paga anche le spese per il prelievo ed il trasporto di organi o parte di essi.

F INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora il *ricovero* con *intervento chirurgico* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* non sostenga in proprio alcuna spesa, Reale Mutua corrisponde € 150 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in *day surgery*.

Si specifica che la presente garanzia non opera in caso di intervento ambulatoriale.

In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, viene corrisposto l'*indennizzo* forfettario di € 1.500 come indicato alla lettera B del presente articolo.

Qualora il *ricovero* con *intervento chirurgico* sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'*Assicurato* può scegliere tra l'indennità di cui sopra e il rimborso dell'eccedenza di spesa indennizzabile rimasta a suo carico.

G MEDICINA PREVENTIVA

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni:

a Per i neonati fino a 6 mesi di età: ecografia alle anche;

b Per i minori di 18 anni di età: visita ortodontica;

c Per i maggiori di 18 anni di età:

- esami di laboratorio (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, creatininemia, funzionalità epatica, emocromo completo, esame urine completo, azotemia, VES);
- PSA sopra i 50 anni;
- ecografia prostatica;
- pap test sopra i 25 anni;
- mammografia;
- elettrocardiogramma di base;
- pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica;
- visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.

In alternativa agli *accertamenti diagnostici* previsti per i maggiori di 18 anni di età Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per una *visita specialistica* a scelta tra le seguenti:

- visita dermatologica e controllo nevi;
- visita cardiologica;
- visita oculistica;
- visita ginecologica;
- visita urologica.

Le prestazioni precedentemente descritte devono essere effettuate presso poliambulatori convenzionati con *Blue Assistance*, previo accordo telefonico con la medesima.

Ciascun *Assicurato* può effettuare le prestazioni suindicate al massimo una volta ogni due anni.

H CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della *polizza* la garanzia opera gratuitamente per gli *interventi chirurgici* nel primo anno di vita, anche per *malformazioni*, *difetti fisici* o *malattie* congenite, **sempreché la madre – che deve essere assicurata – non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.**

La garanzia opera secondo l'opzione acquistata dalla madre.

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

La copertura in favore del neonato cessa con il compimento del primo anno di vita e laddove venisse richiesta una nuova copertura *malattie* a favore del nato, decorso l'anno di vita, Reale Mutua si riserva la facoltà, anche sulla base delle dichiarazioni rese nel *questionario sanitario*, di includere o meno in garanzia il neonato e in caso positivo di determinare le condizioni di assicurazione e il premio relativo.

2.3.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance*, Reale Mutua paga direttamente le prestazioni erogate all'*Assicurato*.

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato*, **con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per *sinistro*. È inoltre previsto un limite di *indennizzo* al giorno per la retta di degenza di € 400 (IVA INCLUSA).**

In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, Reale Mutua:

- paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria convenzionata*;
- rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica non convenzionata, **con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per *sinistro*.**

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero*, di cui all'art. 2.3.1 C, sono rimborsate integralmente se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate* con medici convenzionati o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e/o medici non convenzionati **si applica uno *scoperto* del 30%.**

B *MASSIMALE*

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 300.000 per persona e per anno assicurativo.

AREA *RICOVERO* – OPZIONE DELUXE

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.14 CHI NON ASSICURIAMO , 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

2.4 RIMBORSO SPESE MEDICHE

2.4.1 OGGETTO

A SPESE DURANTE IL *RICOVERO* O *INTERVENTO CHIRURGICO*

In caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *malattia* o da *infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.4.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

a assistenza medica ed infermieristica, cure **(con il massimo, per la dialisi, di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona)**, *trattamenti di fisiokinesiterapia*, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, *accertamenti diagnostici*;

b rette di degenza;

c *intervento chirurgico*; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. **In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, Reale Mutua paga le spese per il loro acquisto con il massimo di € 5.000 per *sinistro***;

Sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio* **purchè comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico**;

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

d cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di *infortunio* **comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico, con il massimo di € 5.500 per le protesi**;
e vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella *struttura sanitaria*, **con il massimo di € 2.000 per persona e per anno assicurativo**;
f trasporto dell'*Assicurato* con qualsiasi mezzo alla *struttura sanitaria*, da una *struttura sanitaria* ad un'altra e, **se richiesto con certificazione medica, per il ritorno a casa, con il massimo di € 2.500 per *sinistro***.

B PARTO
In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, Reale Mutua paga le spese indicate alla lettera A del presente articolo.
Sono operanti i seguenti limiti di *indennizzo* per *sinistro*:
- **€ 5.000 in caso di parto naturale;**
- **€ 10.000 in caso di parto cesareo.**

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o il parto avvenga a domicilio, Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* forfettario di € 1.500.
Reale Mutua paga inoltre le spese relative alle prestazioni sanitarie eseguite dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto, purché siano inerenti allo stato di gravidanza e fino alla concorrenza di € 500 per tutto il periodo suindicato.
Le spese successive al *ricovero* per parto si intendono pertanto escluse.

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL *RICOVERO*
Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni **effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi** purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con le modalità previste all'art. 2.4.2 OPERATIVITÀ:**
- *visite specialistiche*;
- *accertamenti diagnostici* (compresi gli onorari medici);
- *trattamenti di fisiokinesiterapia*;
- trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico;
- cure termali praticate successivamente al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con esclusione delle spese alberghiere**.

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

E TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI
Reale Mutua paga le spese indennizzabili sostenute per il trapianto o espianto di organi subito dall'*Assicurato*. Se l'*Assicurato* è ricevente Reale Mutua paga anche le spese per il prelievo ed il trasporto di organi o parte di essi.

F INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO
Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'*Assicurato* non sostenga in proprio alcuna spesa, Reale Mutua corrisponde € 300 per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in *day hospital/day surgery*.
Si specifica che la presente garanzia non opera in caso di intervento ambulatoriale.
In caso di dialisi, anche in assenza di *ricovero*, Reale Mutua corrisponde € 300 per ogni applicazione con un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.

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

In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, viene corrisposto l'*indennizzo* forfettario di € 1.500 come indicato alla lettera B del presente articolo.
Qualora il *ricovero* o l'*intervento chirurgico* sia solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'*Assicurato* può scegliere tra l'indennità di cui sopra e il rimborso dell'eccedenza di spesa indennizzabile rimasta a suo carico.

G TERAPIE ONCOLOGICHE
Anche in assenza di *ricovero*, Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per chemioterapia e radioterapia praticate per la cura delle neoplasie maligne.

H ASSISTENZA DOMICILIARE PER *MALATTIA* TERMINALE
In caso di *malattia* a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'*Assicurato*, che comporta la *non autosufficienza*, Reale Mutua paga, **con il massimo di € 11.000 per *sinistro***, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:
- assistenza medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o *strutture sanitarie* specializzate e legalmente riconosciute;

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

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

J MEDICINA PREVENTIVA
Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni:
a Per i neonati fino a 6 mesi di età: ecografia alle anche;
b Per i minori di 18 anni di età: visita ortodontica;
c Per i maggiori di 18 anni di età:
- esami di laboratorio (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, creatininemia, funzionalità epatica, emocromo completo, esame urine completo, azotemia, VES);
- PSA sopra i 50 anni;
- ecografia prostatica;
- pap test sopra i 25 anni;
- mammografia;
- elettrocardiogramma di base;
- pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica;
- visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.

In alternativa agli *accertamenti diagnostici* previsti per i maggiori di 18 anni di età Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per una *visita specialistica* a scelta tra le seguenti:
- visita dermatologica e controllo nevi;
- visita cardiologica;
- visita oculistica;
- visita ginecologica;
- visita urologica.

Le prestazioni precedentemente descritte devono essere effettuate presso poliambulatori convenzionati con *Blue Assistance*, previo accordo telefonico con la medesima.
Ciascun *Assicurato* può effettuare le prestazioni suindicate al massimo una volta ogni due anni.

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

K CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della *polizza* la garanzia opera gratuitamente nel primo anno di vita, anche per *malformazioni*, *difetti fisici* o *malattie* congenite, **sempreché la madre – che deve essere assicurata – non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.**
La garanzia opera secondo l'opzione acquistata dalla madre.
La copertura in favore del neonato cessa con il compimento del primo anno di vita e laddove venisse richiesta una nuova copertura *malattie* a favore del nato, decorso l'anno di vita, Reale Mutua si riserva la facoltà, anche sulla base delle dichiarazioni rese nel *questionario sanitario*, di includere o meno in garanzia il neonato e in caso positivo di determinare le condizioni di assicurazione e il premio relativo.

2.4.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* con *Blue Assistance*, Reale Mutua paga direttamente le prestazioni erogate all'*Assicurato*.
In caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e medici non convenzionati con *Blue Assistance*, o di utilizzo di *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, Reale Mutua rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'*Assicurato*.
In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*, Reale Mutua:

- paga direttamente le spese relative alla *struttura sanitaria convenzionata*;
- rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica non convenzionata.

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero*, di cui all'art. 2.4.1 C, sono rimborsate integralmente.

B *MASSIMALE*

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 500.000 per persona e per anno assicurativo.

AREA *RICOVERO - FRANCHIGIA*

2.5 OPERATIVITÀ DELLA *FRANCHIGIA* E RIDUZIONE DEGLI *INDENNIZZI* FORFETTARI

(Operante solo se richiamata nell'apposita sezione del *modulo di polizza* e nella misura ivi indicata)
Relativamente alle garanzie dell'Area *Ricovero* - Comfort (Rimborso spese mediche, Rimborso Spese mediche - Limitazione a *intervento chirurgico*) e dell'Area *Ricovero* - Deluxe (Rimborso spese mediche), in caso di *sinistro* resta a carico dell'*Assicurato* l'importo indicato in *modulo di polizza*.
I seguenti *indennizzi* vengono così ridotti:

- *Indennizzo* forfettario per parto a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o a domicilio; l'importo riconosciuto è ridotto ad euro 750;
- indennità sostitutiva del rimborso; la diaria riconosciuta è ridotta del 50%.

Ove previsti *scoperti* nelle presenti Condizioni di assicurazione la *franchigia* opera in sostituzione di questi.
La *franchigia* non sostituisce eventuali *scoperti* derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato al *modulo di polizza*.

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

AREA EXTRA*RICOVERO* - OPZIONE COMFORT

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.14 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 2.6 ALTA DIAGNOSTICA, 2.7 DIAGNOSTICA COMPLETA, 2.8 *VISITE SPECIALISTICHE* E *ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI* sono alternative fra di loro.

2.6 ALTA DIAGNOSTICA

2.6.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.6.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie acquistate:

- Angiografia;
- RMN (risonanza magnetica nucleare);
- Scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche;
- TAC (Tomografia assiale computerizzata).

2.6.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni *accertamento diagnostico* di sui sopra, **la garanzia opera:**

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance* **con una *franchigia* di € 50**;
- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* **con uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 50**.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua rimborsa integralmente i costi a carico dell'*Assicurato*.

B *MASSIMALE*

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 3.000 per persona e per anno assicurativo.

2.7 DIAGNOSTICA COMPLETA

2.7.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.7.2 OPERATIVITÀ**, le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante e non rientranti in altre garanzie acquistate.

2.7.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni serie di *accertamenti diagnostici* previsti da un'unica prescrizione medica, **la garanzia opera:**

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance* **con una *franchigia* di € 35**;
- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* **con uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35**.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua rimborsa integralmente i costi a carico dell'*Assicurato*.

B *MASSIMALE*

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 4.000 per persona e per anno assicurativo.

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

2.8 *VISITE SPECIALISTICHE* E *ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI*

2.8.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico* Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.8.2 OPERATIVITÀ,** le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'*Assicurato* per:

- *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante;
- *trattamenti di fisiokinesiterapia* resi necessari da *infortunio* e prescritti dal medico curante;
- onorari medici per *visite specialistiche* rese necessarie da *malattia* o *infortunio*.

2.8.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni serie di *accertamenti diagnostici*, per ogni ciclo di *trattamenti di fisiokinesiterapia* previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni *visita specialistica*, **la garanzia opera:**

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance* **con una *franchigia* di € 35**;
- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* **con uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35**.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua rimborsa integralmente i costi a carico dell'*Assicurato*.

Sono escluse le visite pediatriche, ginecologiche e le visite ed *accertamenti diagnostici* odontoiatrici e ortodontici.

B *MASSIMALE*

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 5.000 per persona e per anno assicurativo.

AREA EXTRA*RICOVERO* - OPZIONE DELUXE

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.14 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 2.9 ALTA DIAGNOSTICA, 2.10 DIAGNOSTICA COMPLETA e 2.11 *VISITE SPECIALISTICHE* E *ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI* sono alternative fra di loro.

2.9 ALTA DIAGNOSTICA

2.9.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.9.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie acquistate:

- Angiografia;
- RMN (risonanza magnetica nucleare);
- Scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche;
- TAC (Tomografia assiale computerizzata).

2.9.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni *accertamento diagnostico* di cui sopra, **la garanzia opera:**

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance* **con una *franchigia* di € 50**;
- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* **con uno *scoperto* del 10% che in ogni caso non potrà essere inferiore a € 50**.

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

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua rimborsa integralmente i costi a carico dell'*Assicurato*.

B ***MASSIMALE***
La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 6.000 per persona e per anno assicurativo.

2.10 DIAGNOSTICA COMPLETA

2.10.1 OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.10.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante e non rientranti in altre garanzie acquistate.

2.10.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
Per ogni serie di *accertamenti diagnostici* previsti da un'unica prescrizione medica, **la garanzia opera:**

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance* **con una *franchigia* di € 35**;
- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* **con uno *scoperto* del 10% che in ogni caso non potrà essere inferiore a € 35**.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua rimborsa integralmente i costi a carico dell'*Assicurato*.

B ***MASSIMALE***
La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 8.000 per persona e per anno assicurativo.

2.11 *VISITE SPECIALISTICHE* E *ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI*

2.11.1 OGGETTO

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico* Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.11.2 OPERATIVITÀ,** le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'*Assicurato* per:

- *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante;
- *trattamenti di fisiokinesiterapia* resi necessari da *infortunio* e prescritti dal medico curante;
- onorari medici per *visite specialistiche* rese necessarie da *malattia* o *infortunio*; sono da intendersi incluse le *visite specialistiche* ginecologiche e pediatriche, quest'ultime **fino ad un massimo di 3 per anno assicurativo e per persona.**

2.11.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
Per ogni serie di *accertamenti diagnostici*, per ogni ciclo di *trattamenti di fisiokinesiterapia* previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni *visita specialistica*, **la garanzia opera:**

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance* **con una *franchigia* di € 35**;
- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* **con uno *scoperto* del 10% che in ogni caso non potrà essere inferiore a € 35**.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, Reale Mutua rimborsa integralmente i costi a carico dell'*Assicurato*.
Sono escluse le visite ed *accertamenti diagnostici* odontoiatrici e ortodontici, oltre alle visite pediatriche dalla 4° in poi per anno assicurativo.

B ***MASSIMALE***
La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 10.000 per persona e per anno assicurativo.

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

AREA INDENNITARIA

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.14 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

2.12 INDENNITÀ PER *RICOVERO*

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alle garanzie di cui agli artt. 2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE o 2.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A *INTERVENTO CHIRURGICO* o 2.4 RIMBORSO SPESE MEDICHE ed è alternativa alla garanzia di cui all'art. 2.13 INDENNITÀ PER *RICOVERO*-LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE*.

2.12.1 OGGETTO

Reale Mutua corrisponde all'*Assicurato*, per ogni *sinistro*:

- l'*indennizzo* indicato in *modulo di polizza*, in caso di *ricovero* **con almeno un pernottamento** reso necessario da *infortunio* o *malattia* diversi da *grave patologia*;
- **il 30% dell'*indennizzo* indicato in *modulo di polizza* in caso di *day hospital*, *day surgery* e intervento ambulatoriale resi necessari da *infortunio* o *malattia* diversi da *grave patologia*;**
- 3 volte l'*indennizzo* indicato in *modulo di polizza* in caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *grave patologia*.

Il *massimale* per persona e per anno assicurativo è pari a tre volte l'*indennizzo* indicato in *modulo di polizza*.
Si specifica che l'*indennizzo* forfettario non viene riconosciuto in caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo.
Si specifica che per ogni serie di *day hospital* comprovata da unica *cartella clinica* l'indennità per *ricovero* viene corrisposta una sola volta.

2.13 INDENNITÀ PER *RICOVERO* - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE*

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alla garanzia di cui all'art. 2.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE* ed è alternativa alla garanzia di cui all'art. 2.12 INDENNITÀ PER *RICOVERO*.

2.13.1 OGGETTO

In caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *grave patologia* **con i limiti e le indicazioni specificati nel "prontuario diagnostico" della tabella di cui all'Appendice 2**, Reale Mutua corrisponde all'*Assicurato*, per ogni *sinistro*, l'*indennizzo* indicato in *modulo di polizza*.
Il *massimale* per persona e per anno assicurativo è pari a tre volte l'*indennizzo* indicato in *modulo di polizza*.
Si specifica che per ogni serie di *day hospital* comprovata da unica *cartella clinica* l'indennità per *ricovero* viene corrisposta una sola volta.

2.14 DIARIA POST *RICOVERO*

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alle garanzie di cui agli artt. 2.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE o 2.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A *INTERVENTO CHIRURGICO* o 2.4 RIMBORSO SPESE MEDICHE ed è alternativa alla garanzia di cui all'art. 2.15 DIARIA POST *RICOVERO* - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE*.

2.14.1 OGGETTO

In caso di *ricovero* **con almeno un pernottamento** reso necessario da *infortunio*, *malattia*, donazione organi o parto, naturale o cesareo, Reale Mutua corrisponde all'*Assicurato* la diaria indicata nel *modulo di polizza* per un numero di pernottamenti pari a tre volte quelli trascorsi in regime di *ricovero*, **con il massimo di 20 pernottamenti in regime di *ricovero* per *sinistro*.**
Si specifica che la diaria non verrà corrisposta in caso di intervento ambulatoriale e/o *day hospital/ day surgery*.

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

2.15 DIARIA POST *RICOVERO* - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE*

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alla garanzia di cui all'art. 2.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE* ed è alternativa alla garanzia di cui all'art. 2.14 DIARIA POST *RICOVERO*.

2.15.1 OGGETTO

In caso di *ricovero* **con almeno un pernottamento** reso necessario da *grave patologia* **con i limiti e le indicazioni specificati nel "prontuario diagnostico" della tabella di cui all'Appendice 2**, Reale Mutua corrisponde all'*Assicurato* la diaria indicata nel *modulo di polizza* per un numero di pernottamenti pari a tre volte quelli trascorsi in regime di *ricovero*, **con il massimo di 20 pernottamenti in regime di *ricovero* per *sinistro*.**

Si specifica che la diaria non verrà corrisposta in caso di intervento ambulatoriale e/o *day hospital/ day surgery*.

AREA NON ASSICURATIVA

I servizi non assicurativi saranno fruibili grazie ad un codice di accesso di 16 cifre (PIN) consegnato all'*Assicurato* entro 7 giorni dalla data di decorrenza della *polizza*.
Per fruire dei servizi 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".

2.16 ACCESSO AL NETWORK

2.16.1 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.

2.16.2 DIRITTI DELL'*ASSICURATO*

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

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.

2.17 OBIETTIVO PREVENZIONE

2.17.1 OGGETTO

Con l'acquisto della *polizza* e finché la stessa è in vigore Reale Mutua offre all'*Assicurato* la possibilità di utilizzare il servizio non assicurativo denominato "Obiettivo Prevenzione". Tale servizio permette di individuare, in base ad età e sesso, quali siano gli esami diagnostici da effettuare per una corretta prevenzione e quali siano i centri convenzionati presso cui poter effettuare le prestazioni così individuate

2.17.2 DIRITTI DELL'*ASSICURATO*

L'*Assicurato* ha diritto ad usufruire gratuitamente del servizio "Obiettivo Prevenzione" per individuare gli esami diagnostici di prevenzione profilati secondo età e sesso.
Resta inteso che le informazioni relative ai protocolli di prevenzione sono indicative ed è sempre necessario consultarsi con un medico per verificare la coerenza delle prestazioni con il proprio stato di salute, nonché per ottenere eventuali prescrizioni.
Resta a carico dell'*Assicurato* il costo degli esami diagnostici e di prevenzione che lo stesso intende effettuare.

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

ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni non operano per i servizi non assicurativi di cui agli artt. 2.16 ACCESSO AL NETWORK e 2.17 OBIETTIVO PREVENZIONE.

3.1 COSA NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non presta le garanzie previste dalla presente Sezione per:

A ***infortuni*** **derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;**

B ***infortuni*** **derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e s.m.i.;**

C ***infortuni*** **o** ***malattie*** **determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;**

D (in caso di scelta della garanzia "RIMBORSO SPESE MEDICHE" o "RIMBORSO SPESE MEDICHE – *LIMITAZIONE A INTERVENTO CHIRURGICO*" ed eventuali garanzie ad essa abbinate dell'Area Indennitaria e dell'Area Extraricovero)
le conseguenze di:
- ***infortuni*** **occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione,**
- ***malattie*** **e stati patologici noti e/o diagnosticati all'*Assicurato* e non dichiarati, con dolo o colpa grave, sul *questionario sanitario* all'atto di stipula del contratto,**
- ***malattie*** **e stati patologici dichiarati sul *questionario sanitario* ed espressamente esclusi da Reale Mutua con specifica clausola.**

(in caso di scelta della garanzia "RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE*" ed eventuali garanzie ad essa abbinate dell'Area Indennitaria e dell'Area Extra*ricovero*)
le conseguenze di:
- ***infortuni*** **occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione,**
- ***malattie*** **diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'assicurazione;**

E ***malformazioni*** **o** ***difetti fisici*** **preesistenti all'effetto dell'assicurazione,** salvo quanto previsto per il neonato agli artt. 2.1.1.K, 2.2.1.J, 2.3.1.H, 2.4.1.K;

F patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;

G prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio*, **quest'ultimo purchè comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche;**

H check-up di medicina preventiva salvo quanto previsto agli artt. 2.1.1.J, 2.2.1.I, 2.3.1.G, 2.4.1.J;

I ***interventi chirurgici*** **per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);**

J paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche salvo quanto previsto agli artt. 2.1.1 A d, 2.2.1 A d, 2.4.1 A d;

K aborto volontario non terapeutico;

L infertilità, sterilità, impotenza;

M sieropositività da virus H.I.V.;

N conseguenze di:
- **atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;**
- **partecipazione ad imprese di carattere eccezionale** (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo)**;**

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

- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche,** salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- **guerre, insurrezioni in genere;**
- **movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano;**

O ***ricoveri* dovuti alla necessità dell'*Assicurato*, dopo essere divenuto non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi).**

3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

Fermo quanto previsto all'art. 1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE e le esclusioni dell'art. 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, la garanzia decorre dalle ore 24:

A del giorno di effetto dell'assicurazione per gli *infortuni* e per l'aborto post-traumatico;

B del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di *malattie* e stati patologici dichiarati sul *questionario sanitario*, se non diversamente regolamentati da Reale Mutua con specifica clausola.

C del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di *malattie* e stati patologici non rientranti nel punto precedente.

D del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto (se assicurato) e le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri, tramite esame ecografico, che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione).

In caso di *ricovero*, *intervento chirurgico* o di altre prestazioni sanitarie previste in *polizza* verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun *indennizzo* anche per prestazioni a loro connesse ed effettuate oltre i suddetti periodi.

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

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

GESTIONE DEL *SINISTRO*

Blue Assistance

- **ha sede a Torino – via Santa Maria n. 11**
- **risponde ai numeri telefonici:**

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-092092	+39 011 742 55 55

4.1 DATA DEL *SINISTRO*

Fermo quanto previsto all'art. 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.
Reale Mutua, **nei limiti del *massimale* annuo**, paga le spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del *sinistro* e **comunque non oltre un anno dalla scadenza della *polizza*.**
Qualora la *polizza* sia sostituita da copertura analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico di Reale Mutua.

4.2 NORME DEL SERVIZIO *BLUE ASSISTANCE*

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.

4.3 OBBLIGHI DELL'*ASSICURATO*

L'*Assicurato* deve:

- **sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;**
- **produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.**

In caso di *ricovero* in territorio extra europeo con pagamento diretto da parte di *Blue Assistance*, l'*Assicurato* deve acquisire personalmente la *cartella clinica* presso la *struttura sanitaria* e fornirla a *Blue Assistance*. Resta a carico dell'*Assicurato* la traduzione della *cartella clinica*.
Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'*Assicurato* deve dare avviso del *sinistro* a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.
L'*Assicurato* che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance* delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla *polizza*.
Qualora il *sinistro* risultasse non indennizzabile, l'*Assicurato* si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

4.4 COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO* - AREA *RICOVERO*

Qualora l'*Assicurato*, nei casi sotto indicati, provveda personalmente al pagamento delle spese, *Blue Assistance* - verificata l'operatività della garanzia - procede al rimborso delle stesse entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

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

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

La possibilità di accedere all'utilizzo di *strutture sanitarie* e di *medici chirurghi convenzionati* è condizionata alla preventiva telefonata, che deve avvenire almeno 3 giorni lavorativi prima della data del *ricovero*, e all'autorizzazione al pagamento diretto di *Blue Assistance*, in mancanza delle quali le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B.

L'elenco delle *strutture sanitarie* è consultabile sul sito www.realemutua.it. **Poiché la rete delle *strutture sanitarie* è soggetta ad evoluzioni, al momento della scelta della struttura e/o del medico è necessario che l'*Assicurato* proceda alla verifica dell'effettiva esistenza dell'accordo contattando *Blue Assistance* al numero verde 800 092092 e ne ottenga conferma.**

Il personale di *Blue Assistance* è a disposizione degli *Assicurati*:

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

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Blue Assistance* paga direttamente sia la *struttura sanitaria* sia i medici e provvede a raccogliere la relativa documentazione **(fatto salvo quanto previsto alla lettera G del presente articolo per i *ricoveri/interventi chirurgici* in territorio extra europeo)** e a restituire quella di spesa all'*Assicurato*, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.

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

Resta convenuto che:

- **l'eventuale differenza tra l'*indennizzo* liquidato da *Blue Assistance* e il costo totale della prestazione, così come eventuali *scoperti* o *franchigie*, devono essere pagati direttamente dall'*Assicurato* alla *struttura sanitaria*;**
- **relativamente alla garanzia di cui all'art. 2.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE*, le spese sostenute per i *ricoveri* sono pagate direttamente solo se esiste diagnosi certa;** in caso contrario *Blue Assistance*, ricevuta la relativa documentazione ed accertata la diagnosi, provvede a rimborsarle integralmente;
- **nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le relative spese,** avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da *Blue Assistance*.

B UTILIZZO DI *STRUTTURE SANITARIE* E DI MEDICI NON CONVENZIONATI CON *BLUE ASSISTANCE*

L'*Assicurato* che utilizzi:

a. *strutture sanitarie* e medici non convenzionati, oppure

b. *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*,

deve:

- **dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza*, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;**
- **fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico* senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;**
- **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.).**

Blue Assistance, ricevuta la documentazione necessaria, **se la prestazione è compresa in garanzia** rimborsa le spese sostenute dall'*Assicurato* **con le regole e i limiti previsti dalla garanzia e dall'opzione scelta.**

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

C UTILIZZO DI MEDICI NON CONVENZIONATI PRESSO *STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE*

Qualora l'*Assicurato* utilizzi medici non convenzionati presso una *struttura sanitaria convenzionata*, *Blue Assistance* paga direttamente la *struttura sanitaria* **(fermo quanto previsto per la stessa alla lettera A del presente articolo), mentre l'*Assicurato* deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica.**

Blue Assistance, ricevuta la documentazione necessaria, **se la prestazione è compresa in garanzia** rimborsa le spese sostenute dall'*Assicurato* **con le regole e i limiti previsti dalla garanzia e dall'opzione scelta.**

D SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL *RICOVERO*

Le spese riferite alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, di cui agli artt. 2.1.1.C, 2.2.1.B, 2.3.1.C, 2.4.1.C, non vengono pagate direttamente da *Blue Assistance* ma rimborsate all'*Assicurato* **con le regole e i limiti previsti dalla garanzia e dall'opzione scelta, indipendentemente dal convenzionamento della *struttura sanitaria* e dei medici chirurghi.**

E UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede alla liquidazione dell'Indennità sostitutiva del rimborso (come indicato agli artt. 2.1.1 F, 2.2.1 E, 2.3.1. F, 2.4.1. F).

F UTILIZZO DI FONDI O MUTUE PRIVATE

In caso di ricorso a fondi o mutue private, in forma diretta o indiretta, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'*Assicurato*.

G *RICOVERO* ALL'ESTERO

1. *Ricovero* o *intervento chirurgico* programmato

Per *ricovero* o *intervento chirurgico* programmato s'intende l'utilizzo di *strutture sanitarie* estere allo scopo di effettuare un *ricovero* o un *intervento chirurgico*.

La possibilità di accedere all'utilizzo di *strutture sanitarie convenzionate* o di fiducia all'estero e di usufruire del pagamento diretto di *Blue Assistance* è condizionata alla preventiva telefonata da parte dell'*Assicurato* a *Blue Assistance* almeno 5 giorni lavorativi prima della data del *ricovero* o dell'*intervento chirurgico* affinché verifichi l'effettiva esistenza dell'accordo con la *struttura sanitaria* ed in base ad esso si stabilisca la modalità di liquidazione che verrà attivata:

- **nel caso di *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance* il pagamento diretto avverrà integralmente, senza applicazione di *scoperti* e *franchigie*, salvo eventuali *franchigie* e *scoperti* derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato al modulo di *polizza*;**
- **nel caso di *strutture sanitarie* di fiducia di *Blue Assistance*, il pagamento diretto avverrà con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per *sinistro*, se la garanzia scelta appartiene all'Area *Ricovero* – Opzione Comfort, senza applicazione di *scoperti* se la garanzia scelta appartiene all'Area *Ricovero* – Opzione Deluxe, salvo eventuali *franchigie* e *scoperti* derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato al *modulo di polizza*.**

Resta convenuto che:

- **l'eventuale differenza tra l'*indennizzo* liquidato da *Blue Assistance* e il costo totale della prestazione, così come eventuali *scoperti* o *franchigie*, devono essere pagati direttamente dall'*Assicurato* alla *struttura sanitaria*;**
- **relativamente alla garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE, le spese sostenute per i *ricoveri* sono pagate direttamente solo se esiste diagnosi certa;** in caso contrario *Blue Assistance*, ricevuta la relativa documentazione ed accertata la diagnosi, provvede a rimborsarle integralmente;
- **nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le relative spese,** avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da *Blue Assistance*.

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

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

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Blue Assistance* paga direttamente sia la *struttura sanitaria* sia i medici. **L'*Assicurato* deve acquisire personalmente la *cartella clinica* presso la *struttura sanitaria* e fornirla a *Blue Assistance*. Resta a carico dell'*Assicurato* la traduzione della *cartella clinica*.**

In mancanza del preventivo accordo con *Blue Assistance* o in caso di mancata autorizzazione del pagamento diretto, il rimborso avverrà con l'applicazione di uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per *sinistro* se la garanzia scelta appartiene all'Area *Ricovero* – Opzione Comfort, senza applicazione di *scoperti* se la garanzia scelta appartiene all'Area *Ricovero* – Opzione Deluxe, salvo eventuali *franchigie* e *scoperti* derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato al *modulo di polizza*.
In tal caso l'*Assicurato* deve:
- **provvedere direttamente al pagamento delle spese;**
- **dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza*, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;**
- **fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico* senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;**
- **presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, o, su richiesta da parte di *Blue Assistance*, documentazione equipollente a carico dell'*Assicurato*** che vengono poi restituiti da *Blue Assistance* con indicazione dell'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 successive modificazioni ed integrazioni).**

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**.
Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro l'euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle principali pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

2. *Ricovero* per *malattia* improvvisa o *infortunio*
Per i *ricoveri* all'estero resi necessari da *malattia* improvvisa o da *infortunio* accaduto all'estero, il rimborso delle spese che l'*Assicurato* dovesse sostenere per cure o interventi urgenti non procrastinabili ricevuti sul posto viene effettuato senza applicazioni di *scoperti* e *franchigie*.
Per *malattia* improvvisa si intende una malattia di acuta insorgenza di cui l'*Assicurato* non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente stato patologico dell'*Assicurato*.
L'*Assicurato* deve:
- **provvedere direttamente al pagamento delle spese;**
- **dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza*, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;**
- **fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico* senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;**

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

- **presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, o, su richiesta da parte di *Blue Assistance*, documentazione equipollente a carico dell'*Assicurato*** che vengono poi restituiti da *Blue Assistance* con indicazione dell'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 successive modificazioni ed integrazioni).**

Blue Assistance – verificata l'operatività della garanzia – procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.
Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro l'euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle principali pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

4.5 COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO* – AREA EXTRA*RICOVERO*

A UTILIZZO DI *STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE* CON *BLUE ASSISTANCE*

In caso di ricorso ad una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance*, per usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute, l'*Assicurato* deve:

a. contattare, almeno 3 giorni prima, la *struttura sanitaria* per prenotare la prestazione comunicando che si vuole attivare il servizio "*Diretta Blueasy*"; contestualmente fornire alla struttura un numero di cellulare e un indirizzo e-mail e attendere comunicazione da *Blue Assistance* sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 24 ore prima della visita o dell'accertamento,

oppure

b. telefonare preventivamente a *Blue Assistance* e ricevere l'autorizzazione al pagamento diretto di *Blue Assistance*.

In mancanza di una delle due modalità sopra descritte, le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B del presente articolo.
L'elenco delle *strutture sanitarie* è consultabile sul sito www.realemutua.it. **Poiché la rete delle *strutture sanitarie* è soggetta ad evoluzioni, al momento della scelta della struttura è necessario che l'*Assicurato* proceda alla verifica dell'effettiva esistenza dell'accordo contattando *Blue Assistance* al numero verde 800 092092 e ne ottenga conferma.**
Il personale di *Blue Assistance* è a disposizione degli *Assicurati*:

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

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Blue Assistance* paga direttamente e provvede a raccogliere la relativa documentazione e a restituire quella di spesa all'*Assicurato*, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.
Al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*, l'*Assicurato* deve presentare la propria *Memo Card Blue Assistance* e compilare la "Richiesta di prestazione" che costituisce la denuncia del *sinistro*.
Resta convenuto che:

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

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

B UTILIZZO DI *STRUTTURE SANITARIE* NON CONVENZIONATE CON *BLUE ASSISTANCE*

L'***Assicurato*** che utilizzi:

a. *strutture sanitarie* non convenzionate, oppure

b. *strutture sanitarie convenzionate* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*

provvede direttamente al pagamento delle spese sostenute e per ottenere il rimborso deve:

- **fornire la prescrizione del medico curante attestante la *malattia* o l'*infortunio*, la diagnosi accertata in caso di *visita specialistica* o gli esiti degli *accertamenti diagnostici*;**
- **presentare a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza*, gli originali delle fatture , fiscalmente regolari e quietanzati,** che saranno poi restituiti ad avvenuta liquidazione.

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

4.6 COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO* – AREA INDENNITARIA

L'*Assicurato*, per ottenere l'*indennizzo*, deve:

- **dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza*, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;**
- **fornire, in caso di *ricovero*, copia della *cartella clinica* completa o, in caso di *intervento chirurgico* senza *ricovero*, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria.**

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 medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta restano a carico dell'*Assicurato*.

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

SEZIONE "TI ASSISTO"

COSA ASSICURIAMO

Reale Mutua presta le garanzie indicate solo se esplicitamente richiamate in *modulo di polizza*.
Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.14 CHI NON ASSICURIAMO e 6.1 COSA NON ASSICURIAMO.

5.1 CON TE IN SALUTE

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 INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

I servizi informativi, le consulenze e il tutoring telefonico hanno l'utilità di orientare l'*Assicurato* verso la soluzione di maggiore pertinenza, in relazione al caso specifico, senza però voler fornire diagnosi o prescrizioni mediche. Un esempio sono le informazioni sulle *strutture sanitarie* specializzate per una singola patologia.

1 CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI
La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di *infortunio* o *malattia*, sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologia, eventuali controindicazioni e sul reperimento delle farmacie di turno. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.**
Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

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

3 TUTORING ECCELLENZE SANITARIE
L'*Assicurato* può accedere al servizio di Tutoring contattando la *Centrale Operativa* **dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.**
Il Tutor di *Blue Assistance*, in riferimento alla patologia o all'*infortunio* coperti dalla *polizza*, provvede a fornire le indicazioni richieste in materia di eccellenze sanitarie.
Il Tutor di *Blue Assistance* dell'Equipe Medica della *Centrale Operativa*, grazie ad un'intervista telefonica e all'eventuale acquisizione di documenti clinici, approfondisce il caso medico dell'*Assicurato*. Dopo la fase di valutazione personalizzata, della durata massima di 24 ore, il Tutor ricontatta l'*Assicurato* o la sua famiglia fornendo indicazioni sulle *strutture sanitarie* più idonee al caso e che risultano specializzate e all'avanguardia nello studio e nella cura medico-terapeutica.
Restano a carico dell'*Assicurato* i costi di accesso alle *strutture sanitarie* di eccellenza.

B PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

Le prestazioni complementari, erogate anche a domicilio e dette "di conforto", facilitano la gestione della vita quotidiana all'*Assicurato* impossibilitato a muoversi, ad esempio per acquistare farmaci o per recarsi in una *struttura sanitaria* per ricevere la somministrazione di una terapia giornaliera.

1 INVIO DI UN INFERMIERE
Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia* **per un periodo non inferiore a 3 giorni**, richieda, **in quanto certificato**

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

nella *cartella clinica* di dimissione, *assistenza infermieristica* presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 500 per *sinistro*.**

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

C GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'*Assicurato* o un suo familiare, se *Assicurato*. Ad esempio il trasferimento dell'*Assicurato* in una *struttura sanitaria* specializzata, dopo un'accurata scelta di tempi e modi, a seconda della gravità dello stato della persona.
È importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

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

2 TRASPORTO IN AMBULANZA
Qualora l'*Assicurato* 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 € 500 per *sinistro*.**

3 TRASFERIMENTO IN *STRUTTURE SANITARIE* SPECIALIZZATE
Qualora l'*Assicurato* necessiti di essere trasferito presso una *struttura sanitaria* specializzata, anche al di fuori della regione di *residenza*, per essere ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, la *Centrale Operativa*, **nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario,** provvede a:
- individuare e prenotare la *struttura sanitaria* specializzata in Italia;
- organizzare i contatti medici con la *struttura sanitaria*;
- trasferire l'*Assicurato*, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
  - aereo di linea classe economica;
  - treno prima classe;
  - autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;

tenendone il costo a carico di Reale Mutua.
La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie.

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

D PARERE MEDICO COMPLEMENTARE

La Second Opinion è il ricorso al parere di un altro medico e/o di un'altra istituzione (clinica, ospedale, università) al fine di confrontare, confermare o correggere una prima diagnosi o un'indicazione terapeutica. Il ricorso a tale prestazione può essere significativo nel caso di sospette patologie gravi e invalidanti, ad esempio se la diagnosi è incerta o riguarda una *malattia* rara, la qualità e la quantità degli *accertamenti diagnostici* già svolti sono ritenute insufficienti, viene prospettato un *intervento chirurgico* particolarmente delicato.

1 SECOND OPINION

La Second Opinion è rivolta all'*Assicurato* affetto da una grave alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostisca.
L'*Assicurato* potrà rivolgersi ai medici della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance* e illustrare il caso clinico per il quale viene richiesta la seconda opinione medica.
Questi forniranno indicazione all'*Assicurato* su tutta la documentazione che dovrà presentare al suo medico curante (*cartella clinica* o documentazione medica equipollente equipollente, esiti di esami diagnostici, referti di *visite specialistiche*, immagini radiografiche o quant'altro necessario).
Il medico curante, a suo giudizio, contatterà i medici della *Centrale Operativa*, e, di concerto con loro, valuterà necessità ed appropriatezza della richiesta di Second Opinion.
Nel caso in cui entrambi i medici ritenessero necessaria la Second Opinion, l'*Assicurato* disporrà l'inoltro, a sue spese e cura, di tutta la suddetta documentazione alla *Centrale Operativa* di *Blue Assistance*.
Una volta raccolta e visionata la documentazione, i medici della *Centrale Operativa* provvederanno a:
- individuare, grazie alla partnership di *Blue Assistance* con poli scientifico-sanitari di eccellenza, la struttura (ed al suo interno l'équipe medica e gli specialisti) più qualificata e più appropriata per l'esame del caso;
- elaborare eventuali quesiti di approfondimento;
- trasmettere, tramite la *Centrale Operativa*, la documentazione alla struttura prescelta.

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

5.2 CON TE A CASA

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 INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

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

1 TUTORING MEDICO TELEFONICO PERSONALIZZATO

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

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

Il servizio è operante tramite contatti telefonici, **programmati in base alla situazione clinica**, verso l'*Assicurato* e, in caso di necessità verso un familiare per un resoconto, da parte della *Centrale Operativa* e/o dello staff medico interno di *Blue Assistance*.
Il servizio è attivabile una sola volta all'anno per un massimo di 30 giorni consecutivi.

2 CONSULENZA PER RIADATTAMENTO ABITAZIONE
Qualora a seguito di *malattia* o *infortunio*, **che abbiano provocato un'invalidità permanente,** l'*Assicurato* necessiti di riadattare i locali della propria abitazione, la *Centrale Operativa* provvede a reperire un architetto che fornisca una consulenza sui lavori da eseguire.
Resta a carico dell'*Assicurato* il costo della consulenza.

B PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 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*.**

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

3 CONSEGNA SPESA
Qualora l'*Assicurato* sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, **che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica** – la *Centrale Operativa* provvede a garantire, **per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento**, la consegna di generi alimentari o di prima necessità.
L'*Assicurato*, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa*** fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito.
La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - fino a due volte la settimana, previo accordo con l'*Assicurato*.
L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.
A carico dell'*Assicurato* resta il solo costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

4 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 *infortunio* o incidente stradale, **risultanti dal referto del pronto soccorso pubblico;** oppure
- a seguito di *malattia* **che abbia reso necessario un *ricovero* presso una *struttura sanitaria***

la *Centrale Operativa*, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario**, organizzerà, **se richieste entro 60 giorni dal *sinistro***, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con *Blue Assistance*.
La prestazione opera, previo invio della prescrizione medica con il referto del pronto soccorso, o con la *cartella clinica* attestante il *ricovero*, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

C GESTIONE DELLE URGENZE

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

1 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *ricovero* per *infortunio* o *malattia* **di durata non inferiore a 5 giorni**, necessiti, secondo il parere dei medici che lo hanno in cura, di assistenza sociosanitaria, la *Centrale Operativa*, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario,** provvederà ad inviare:
- un medico o un infermiere fino a 3 volte a settimana per un massimo di 20 uscite presso la *residenza*;
- un operatore socio-sanitario fino a 3 ore al giorno per un massimo di 120 ore presso la *residenza*, che fornisca aiuto per l'alimentazione, per l'igiene personale, per vestirsi e che supporti l'*Assicurato* e la sua famiglia nella comunicazione;
- una collaboratrice domestica, usufruendone per almeno 4 ore al giorno, per un massimo di 6 settimane presso la *residenza*, per lo svolgimento di attività quali riordino e pulizia dell'abitazione, acquisto di farmaci e spesa, pagamenti e incombenze amministrative.

L'Assistenza domiciliare integrata è operativa **a partire dal 30° giorno successivo alla sottoscrizione dell'assicurazione, se attivata a seguito di *malattia***.
Le prestazioni erogabili presso la *residenza* sono operative dietro presentazione della *cartella clinica* o documentazione medica equipollente, attestante l'impossibilità fisica a compiere, senza l'assistenza di terzi, determinate attività della vita quotidiana.

2 PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI

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

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

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

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

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

5.3 CON TE IN FAMIGLIA

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, medicazioni.

1 INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA
Qualora nei 60 giorni precedenti il parto, l'*Assicurata* **necessiti di una permanenza a letto, come certificato da prescrizione medica**, la *Centrale Operativa* - **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico di Reale Mutua **fino a un massimo di 12 ore.**
Tali prestazioni possono essere usufruite dall'*Assicurata* in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.
Per l'attivazione della garanzia, l'*Assicurata* **deve comunicare alla *Centrale Operativa* la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.**

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

2 ASSISTENZA OSTETRICA PRE E POST-PARTO

Qualora l'*Assicurata* necessiti dell'assistenza domiciliare di un'ostetrica, **in prossimità del parto o subito dopo, a seguito di dimissioni dalla *struttura sanitaria***, la *Centrale Operativa*, **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede ad inviare un'ostetrica presso la *residenza* dell'*Assicurata*.

Le prestazioni possono essere usufruite dall'*Assicurata* in moduli di 3 o 5 giorni e con cadenza pianificata.

Durante ogni visita l'ostetrica:

- verifica lo stato di benessere della mamma e/o del neonato;
- verifica che il puerperio proceda fisiologicamente.
- sostiene la mamma nell'accudimento del neonato;
- si occupa dell'allattamento ed aiuta mamma e bimbo in caso di difficoltà;
- effettua al neonato, se non già praticato in ospedale, il prelievo per lo screening delle *malattie* endocrine e metaboliche, che sarà inviato ad un laboratorio accreditato con il S.S.N. (solo nel modulo "5 giorni").

Per l'accesso al servizio si richiede un preavviso possibilmente **entro la 37a settimana di gestazione (e comunque non oltre 7 giorni lavorativi prima del parto)**, al fine di poter permettere all'ostetrica di contattare la famiglia e, se del caso, di acquisire la necessaria documentazione medica.

In nessun caso verranno eseguite diagnosi, date indicazioni terapeutiche, fatte prescrizioni farmacologiche.

Il costo del servizio è a totale carico dell'*Assicurata*.

3 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*.**

4 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

Qualora nei 90 giorni precedenti il parto, l'*Assicurata* **necessiti di una permanenza a letto per un periodo non inferiore a 15 giorni, come certificato da prescrizione medica,** la *Centrale Operativa* mette a disposizione di un familiare, **residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'*Assicurato***, un biglietto ferroviario (in prima classe) o aereo (in classe economica) per raggiungere ed accudire l'*Assicurata* a riposo presso la *residenza*, tenendone il costo a carico di Reale Mutua **fino alla concorrenza di € 200 per *sinistro*.**

5 SUPPORTO PSICOLOGICO

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

(Post partum)

Qualora l'*Assicurata* necessiti di un supporto psicologico successivamente al parto, **come prescritto dal medico di base o da altro medico specialista**, la *Centrale Operativa*, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario,** organizzerà delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con *Blue Assistance*.

La prestazione deve essere richiesta entro 120 giorni dal parto e opera, previo invio della prescrizione medica attestante la data del parto, con il numero di massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

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

(Per il minore)
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.
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.

6 BANCA CELLULE STAMINALI DEL CORDONE OMBELICALE
Servizio, a seguito di parto dell'*Assicurata*, di crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale e di assistenza a tutte le fasi preliminari presso una primaria struttura europea convenzionata.
L'attivazione della prestazione, deve essere richiesta, **entro 60 giorni dalla data presunta del parto**, tramite la *Centrale Operativa* di *Blue Assistance*.
Il costo del servizio è a totale carico dell'*Assicurata*.

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* per il figlio con lui convivente, **ma non riesca a reperire 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 l'*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 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA
Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui sia stato ricoverato a seguito di *infortunio* o *malattia*, richieda**, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione**, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:
- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito

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

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

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.

3 INVIO DI UN TAXI

In caso di improvvisa indisponibilità del proprio *veicolo* per *guasto, incidente* o *furto*, la *Centrale Operativa,* **entro un limite massimo di 15 giorni dalla data del *sinistro***, provvede ad inviare un taxi, che consenta all'*Assicurato* o agli altri membri del *nucleo familiare,* di accompagnare a scuola o ad una visita medica i figli minori di 15 anni con lui conviventi.
Reale Mutua terrà a proprio carico la relativa spesa **una volta per anno assicurativo e con il limite complessivo di € 50.**
L'*Assicurato* è tenuto a fornire, su richiesta della *Centrale Operativa* ed al massimo entro 7 giorni dalla richiesta, il preventivo di riparazione da parte dell'officina autorizzata della casa costruttrice, o la denuncia di furto alle Pubbliche Autorità.

4 INVIO DI UNA BABY SITTER

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *ricovero* per *infortunio* in una *struttura sanitaria* **da cui non possa essere dimesso entro 3 giorni**, o in seguito al parto, sia nell'impossibilità d'occuparsi dei figli minori con lui conviventi **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* dell'*Assicurato*, tenendone il costo a carico di Reale Mutua.

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

ESCLUSIONI

6.1 COSA NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non eroga le prestazioni della presente Sezione 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 dell'*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.

GESTIONE DEL *SINISTRO*

Per potere usufruire delle prestazioni indicate agli artt. 5.1 CON TE IN SALUTE, 5.2 CON TE A CASA, 5.3 CON TE IN FAMIGLIA, l'*Assicurato* deve contattare la *Centrale Operativa*, funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

DALL'ITALIA **DALL'ESTERO**

Numero Verde **800-092092** **+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.

7.1 OBBLIGHI DELL'*ASSICURATO*

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

7.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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

7.3 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 agli artt. 5.1 CON TE IN SALUTE, 5.2 CON TE A CASA, 5.3 CON TE IN FAMIGLIA che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di assicurazione.

FORMULA TARGET

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.

8 COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.14 CHI NON ASSICURIAMO e 10 ESCLUSIONI.

8.1 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 o 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*.

8.2 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.

8.3 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* 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.

8.4 ACCESSO AL NETWORK

8.4.1 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.

8.4.2 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".

8.4.3 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.

9 OPERATIVITÀ

Le garanzie di cui agli artt. 8.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO* e 8.2 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. 8.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO e 8.2 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.

10 ESCLUSIONI

Relativamente alle garanzie di cui agli artt. 8.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO* e 8.2 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. 9 OPERATIVITÀ.

Reale Mutua non eroga le prestazioni della garanzia di cui all'art. 8.3 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 dell'*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.

11 GESTIONE DEL *SINISTRO*

Le garanzie di cui agli artt. 8.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO* e 8.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono regolamentate ai successivi artt. 11.1, 11.2 e 11.3.

La garanzia di cui all'art. 8.3 ASSISTENZA KIDS è regolamentata ai successivi artt. 11.4, 11.5, 11.6.

11.1 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. 8.2 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, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che hanno visitato o curato l'*Assicurato* stesso.

11.2 DATA DEL *SINISTRO*

Fermo quanto previsto all'art. 11.1 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*.

11.3 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 del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

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

11.4 ASSISTENZA KIDS - OBBLIGHI DELL'*ASSICURATO*

Per potere usufruire delle prestazioni indicate all'art. 8.3 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:

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-092092	+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, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato**.

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

11.5 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.

11.6 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. 8.3 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

12 COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.14 CHI NON ASSICURIAMO e 14 ESCLUSIONI.

12.1 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. 13:

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

12.2 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*.

12.3 ACCESSO AL NETWORK

12.3.1 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.

12.3.2 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".

12.3.3 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.

13 OPERATIVITÀ

Le garanzie di cui agli artt. 12.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI e 12.2 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. 12.1 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. 12.2 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.

14 ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni operano solo per la garanzia di cui all'art. 12.2 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-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.

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.

15 GESTIONE DEL *SINISTRO*

15.1 OBBLIGHI DELL'*ASSICURATO*

Per le garanzie di cui agli artt. 12.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI e 12.2 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. 12.1 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 12.2 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, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che hanno visitato o curato l'*Assicurato* stesso.

15.2 DATA DEL *SINISTRO*

Fermo quanto previsto all'art. 15.1 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. 12.1 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.

15.3 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 del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

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

SEZIONE FISIO

16 COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.14 CHI NON ASSICURIAMO e 18 ESCLUSIONI.

16.1 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*.

16.2 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*.

16.3 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.

16.4 ACCESSO AL NETWORK

16.4.1 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.

16.4.2 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".

16.4.3 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.

17 OPERATIVITÀ

Le garanzie di cui agli artt. 16.1 INDENNITÀ PER *INTERVENTO CHIRURGICO* A SEGUITO DI *INFORTUNIO*, 16.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE e 16.3 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. 16.1 INDENNITÀ PER *INTERVENTO CHIRURGICO* A SEGUITO DI *INFORTUNIO*, 16.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE e 16.3 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.

18 ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni non operano per il servizio non assicurativo di cui all'art. 16.4 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. 17 OPERATIVITÀ.

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

19 GESTIONE DEL *SINISTRO*

19.1 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. 16.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE;**
- **fornire, per la garanzia di cui all'art. 16.3 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, nei confronti di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che hanno visitato o curato l'*Assicurato* stesso.

19.2 DATA DEL *SINISTRO*

Fermo quanto previsto all'art. 19.1 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*.

19.3 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 del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

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

APPENDICE 1

TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

% incremento per età – FORMULA FULL

Sezione "TI AFFIANCO"

Area Ricovero – Opzione Comfort

Rimborso Spese Mediche e Rimborso Spese Mediche – Limitazione a Intervento chirurgico																	Rimborso Spese Mediche – Limitazione a Gravi Patologie			
Annuali								Poliennali												
età	Zona 1	Zona 2	Zona 3	età	Zona 1	Zona 2	Zona 3	età	Zona 1	Zona 2	Zona 3	età	Zona 1	Zona 2	Zona 3	età	%	età	%
0	0,00%	0,00%	0,00%	**38**	2,34%	2,34%	2,34%	**0**	0,00%	0,00%	0,00%	**38**	0,64%	0,64%	0,64%	**0**	0,00%	**38**	1,93%
1	17,50%	17,50%	17,50%	**39**	2,29%	2,29%	2,29%	**1**	17,50%	17,50%	17,50%	**39**	0,82%	0,82%	0,82%	**1**	6,77%	**39**	1,90%
2	14,90%	14,90%	14,90%	**40**	2,24%	2,24%	2,24%	**2**	14,90%	14,90%	14,90%	**40**	0,99%	0,99%	0,99%	**2**	6,34%	**40**	1,86%
3	12,97%	12,96%	12,95%	**41**	2,19%	2,19%	2,19%	**3**	12,97%	12,96%	12,95%	**41**	1,16%	1,16%	1,16%	**3**	5,93%	**41**	3,73%
4	11,47%	11,48%	11,48%	**42**	2,22%	2,22%	2,21%	**4**	11,47%	11,48%	11,48%	**42**	1,32%	1,32%	1,32%	**4**	5,63%	**42**	4,67%
5	10,29%	10,29%	10,29%	**43**	1,87%	1,87%	1,87%	**5**	10,29%	10,29%	10,29%	**43**	1,48%	1,48%	1,48%	**5**	5,33%	**43**	5,49%
6	9,34%	9,33%	9,34%	**44**	2,28%	2,28%	2,28%	**6**	9,34%	9,33%	9,34%	**44**	1,63%	1,63%	1,63%	**6**	5,06%	**44**	6,16%
7	8,53%	8,54%	8,54%	**45**	2,66%	2,66%	2,66%	**7**	8,53%	8,54%	8,54%	**45**	1,77%	1,77%	1,77%	**7**	4,79%	**45**	6,72%
8	7,87%	7,87%	7,86%	**46**	3,01%	3,01%	3,01%	**8**	7,87%	7,87%	7,86%	**46**	1,90%	1,90%	1,90%	**8**	4,60%	**46**	7,16%
9	7,29%	7,29%	7,30%	**47**	3,33%	3,33%	3,33%	**9**	7,29%	7,29%	7,30%	**47**	2,03%	2,03%	2,03%	**9**	4,39%	**47**	7,48%
10	6,80%	6,80%	6,79%	**48**	3,61%	3,61%	3,61%	**10**	6,80%	6,80%	6,79%	**48**	2,15%	2,15%	2,15%	**10**	4,21%	**48**	7,70%
11	6,36%	6,36%	6,37%	**49**	3,87%	3,87%	3,87%	**11**	6,36%	6,36%	6,37%	**49**	2,26%	2,26%	2,26%	**11**	4,02%	**49**	2,02%
12	5,98%	5,98%	5,98%	**50**	4,09%	4,09%	4,09%	**12**	5,98%	5,98%	5,98%	**50**	2,36%	2,36%	2,36%	**12**	3,88%	**50**	3,04%
13	5,65%	5,65%	5,65%	**51**	4,28%	4,28%	4,28%	**13**	5,65%	5,65%	5,65%	**51**	2,46%	2,46%	2,46%	**13**	3,74%	**51**	3,99%
14	5,34%	5,34%	5,34%	**52**	4,44%	4,44%	4,44%	**14**	5,34%	5,34%	5,34%	**52**	2,54%	2,54%	2,54%	**14**	3,60%	**52**	4,82%
15	5,07%	5,07%	5,07%	**53**	4,58%	4,58%	4,58%	**15**	5,07%	5,07%	5,07%	**53**	14,72%	14,72%	14,72%	**15**	3,48%	**53**	5,55%
16	4,83%	4,83%	4,83%	**54**	4,69%	4,68%	4,69%	**16**	4,83%	4,83%	4,83%	**54**	4,69%	4,68%	4,69%	**16**	3,34%	**54**	6,16%
17	4,61%	4,61%	4,60%	**55**	4,77%	4,77%	4,77%	**17**	4,61%	4,61%	4,60%	**55**	4,77%	4,77%	4,77%	**17**	3,25%	**55**	6,64%
18	4,40%	4,40%	4,40%	**56**	3,01%	3,00%	3,01%	**18**	14,46%	14,47%	14,47%	**56**	3,01%	3,00%	3,01%	**18**	3,15%	**56**	7,02%
19	4,22%	4,22%	4,22%	**57**	3,28%	3,28%	3,28%	**19**	4,95%	4,94%	4,94%	**57**	3,28%	3,28%	3,28%	**19**	3,05%	**57**	7,30%
20	4,05%	4,04%	4,05%	**58**	3,53%	3,53%	3,53%	**20**	4,71%	4,71%	4,72%	**58**	3,53%	3,53%	3,53%	**20**	2,95%	**58**	7,50%
21	3,89%	3,89%	3,89%	**59**	3,75%	3,75%	3,75%	**21**	4,50%	4,50%	4,50%	**59**	3,75%	3,75%	3,75%	**21**	2,88%	**59**	7,61%
22	3,74%	3,74%	3,74%	**60**	3,94%	3,94%	3,94%	**22**	4,31%	4,31%	4,30%	**60**	3,94%	3,94%	3,94%	**22**	2,80%	**60**	7,67%
23	3,61%	3,61%	3,61%	**61**	4,11%	4,11%	4,11%	**23**	4,13%	4,13%	4,13%	**61**	4,11%	4,11%	4,11%	**23**	2,72%	**61**	7,68%
24	3,48%	3,48%	3,48%	**62**	4,25%	4,25%	4,25%	**24**	3,96%	3,96%	3,96%	**62**	4,25%	4,25%	4,25%	**24**	2,64%	**62**	7,65%
25	3,37%	3,36%	3,36%	**63**	4,37%	4,37%	4,37%	**25**	3,81%	3,81%	3,81%	**63**	4,37%	4,37%	4,37%	**25**	2,57%	**63**	7,58%
26	3,26%	3,26%	3,26%	**64**	4,47%	4,47%	4,47%	**26**	3,67%	3,67%	3,67%	**64**	4,47%	4,47%	4,47%	**26**	2,52%	**64**	0,83%
27	3,15%	3,15%	3,15%	**65**	4,54%	4,54%	4,54%	**27**	3,54%	3,54%	3,54%	**65**	4,54%	4,54%	4,54%	**27**	2,45%	**65**	1,66%
28	3,06%	3,06%	3,06%	**66**	4,60%	4,60%	4,60%	**28**	3,42%	3,42%	3,42%	**66**	4,60%	4,60%	4,60%	**28**	2,39%	**66**	2,46%
29	2,97%	2,97%	2,97%	**67**	4,64%	4,64%	4,64%	**29**	3,31%	3,31%	3,31%	**67**	4,64%	4,64%	4,64%	**29**	2,33%	**67**	3,21%
30	2,88%	2,88%	2,88%	**68**	4,67%	4,67%	4,67%	**30**	3,20%	3,20%	3,20%	**68**	4,67%	4,67%	4,67%	**30**	2,29%	**68**	3,89%
31	2,80%	2,80%	2,80%	**69**	4,68%	4,69%	4,68%	**31**	3,10%	3,10%	3,10%	**69**	4,68%	4,69%	4,68%	**31**	2,24%	**69**	4,50%
32	2,72%	2,72%	2,72%	**70**	4,69%	4,69%	4,69%	**32**	3,01%	3,01%	3,01%	**70**	4,69%	4,69%	4,69%	**32**	2,18%	**70**	5,03%
33	2,65%	2,65%	2,65%	**71**	4,68%	4,68%	4,68%	**33**	2,92%	2,92%	2,92%	**71**	4,68%	4,68%	4,68%	**33**	2,14%	**71**	5,47%
34	2,58%	2,58%	2,58%	**72**	4,67%	4,67%	4,67%	**34**	2,84%	2,84%	2,84%	**72**	4,67%	4,67%	4,67%	**34**	2,09%	**72**	5,84%
35	2,52%	2,52%	2,52%	**73**	4,64%	4,64%	4,65%	**35**	0,09%	0,09%	0,09%	**73**	4,64%	4,64%	4,65%	**35**	2,05%	**73**	6,13%
36	2,46%	2,46%	2,46%	**74**	4,62%	4,62%	4,62%	**36**	0,28%	0,28%	0,28%	**74**	4,62%	4,62%	4,62%	**36**	2,01%	**74**	6,36%
37	2,40%	2,40%	2,40%	**75**	4,58%	4,58%	4,58%	**37**	0,46%	0,46%	0,46%	**75**	4,58%	4,58%	4,58%	**37**	1,97%	**75**	6,52%

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

% incremento per età – FORMULA FULL

Sezione "TI AFFIANCO"

Area Ricovero – Opzione Deluxe

Rimborso Spese Mediche

Annuali								Poliennali							
età	Zona 1	Zona 2	Zona 3	età	Zona 1	Zona 2	Zona 3	età	Zona 1	Zona 2	Zona 3	età	Zona 1	Zona 2	Zona 3
0	0,00%	0,00%	0,00%	**38**	2,34%	2,34%	2,34%	**0**	0,00%	0,00%	0,00%	**38**	0,64%	0,64%	0,64%
1	17,50%	17,50%	17,50%	**39**	2,29%	2,29%	2,29%	**1**	17,50%	17,50%	17,50%	**39**	0,82%	0,82%	0,82%
2	14,90%	14,90%	14,90%	**40**	2,24%	2,24%	2,24%	**2**	14,90%	14,90%	14,90%	**40**	0,99%	0,99%	0,99%
3	12,97%	12,96%	12,95%	**41**	2,19%	2,19%	2,19%	**3**	12,97%	12,96%	12,95%	**41**	1,16%	1,16%	1,16%
4	11,47%	11,48%	11,48%	**42**	2,22%	2,22%	2,21%	**4**	11,47%	11,48%	11,48%	**42**	1,32%	1,32%	1,32%
5	10,29%	10,29%	10,29%	**43**	1,87%	1,87%	1,87%	**5**	10,29%	10,29%	10,29%	**43**	1,48%	1,48%	1,48%
6	9,34%	9,33%	9,34%	**44**	2,28%	2,28%	2,28%	**6**	9,34%	9,33%	9,34%	**44**	1,63%	1,63%	1,63%
7	8,53%	8,54%	8,54%	**45**	2,66%	2,66%	2,66%	**7**	8,53%	8,54%	8,54%	**45**	1,77%	1,77%	1,77%
8	7,87%	7,87%	7,86%	**46**	3,01%	3,01%	3,01%	**8**	7,87%	7,87%	7,86%	**46**	1,90%	1,90%	1,90%
9	7,29%	7,29%	7,30%	**47**	3,33%	3,33%	3,33%	**9**	7,29%	7,29%	7,30%	**47**	2,03%	2,03%	2,03%
10	6,80%	6,80%	6,79%	**48**	3,61%	3,61%	3,61%	**10**	6,80%	6,80%	6,79%	**48**	2,15%	2,15%	2,15%
11	6,36%	6,36%	6,37%	**49**	3,87%	3,87%	3,87%	**11**	6,36%	6,36%	6,37%	**49**	2,26%	2,26%	2,26%
12	5,98%	5,98%	5,98%	**50**	4,09%	4,09%	4,09%	**12**	5,98%	5,98%	5,98%	**50**	2,36%	2,36%	2,36%
13	5,65%	5,65%	5,65%	**51**	4,28%	4,28%	4,28%	**13**	5,65%	5,65%	5,65%	**51**	2,46%	2,46%	2,46%
14	5,34%	5,34%	5,34%	**52**	4,44%	4,44%	4,44%	**14**	5,34%	5,34%	5,34%	**52**	2,54%	2,54%	2,54%
15	5,07%	5,07%	5,07%	**53**	4,58%	4,58%	4,58%	**15**	5,07%	5,07%	5,07%	**53**	14,72%	14,72%	14,72%
16	4,83%	4,83%	4,83%	**54**	4,69%	4,68%	4,69%	**16**	4,83%	4,83%	4,83%	**54**	4,69%	4,68%	4,69%
17	4,61%	4,61%	4,60%	**55**	4,77%	4,77%	4,77%	**17**	4,61%	4,61%	4,60%	**55**	4,77%	4,77%	4,77%
18	4,40%	4,40%	4,40%	**56**	3,01%	3,00%	3,01%	**18**	14,46%	14,47%	14,47%	**56**	3,01%	3,00%	3,01%
19	4,22%	4,22%	4,22%	**57**	3,28%	3,28%	3,28%	**19**	4,95%	4,94%	4,94%	**57**	3,28%	3,28%	3,28%
20	4,05%	4,04%	4,05%	**58**	3,53%	3,53%	3,53%	**20**	4,71%	4,71%	4,72%	**58**	3,53%	3,53%	3,53%
21	3,89%	3,89%	3,89%	**59**	3,75%	3,75%	3,75%	**21**	4,50%	4,50%	4,50%	**59**	3,75%	3,75%	3,75%
22	3,74%	3,74%	3,74%	**60**	3,94%	3,94%	3,94%	**22**	4,31%	4,31%	4,30%	**60**	3,94%	3,94%	3,94%
23	3,61%	3,61%	3,61%	**61**	4,11%	4,11%	4,11%	**23**	4,13%	4,13%	4,13%	**61**	4,11%	4,11%	4,11%
24	3,48%	3,48%	3,48%	**62**	4,25%	4,25%	4,25%	**24**	3,96%	3,96%	3,96%	**62**	4,25%	4,25%	4,25%
25	3,37%	3,36%	3,36%	**63**	4,37%	4,37%	4,37%	**25**	3,81%	3,81%	3,81%	**63**	4,37%	4,37%	4,37%
26	3,26%	3,26%	3,26%	**64**	4,47%	4,47%	4,47%	**26**	3,67%	3,67%	3,67%	**64**	4,47%	4,47%	4,47%
27	3,15%	3,15%	3,15%	**65**	4,54%	4,54%	4,54%	**27**	3,54%	3,54%	3,54%	**65**	4,54%	4,54%	4,54%
28	3,06%	3,06%	3,06%	**66**	4,60%	4,60%	4,60%	**28**	3,42%	3,42%	3,42%	**66**	4,60%	4,60%	4,60%
29	2,97%	2,97%	2,97%	**67**	4,64%	4,64%	4,64%	**29**	3,31%	3,31%	3,31%	**67**	4,64%	4,64%	4,64%
30	2,88%	2,88%	2,88%	**68**	4,67%	4,67%	4,67%	**30**	3,20%	3,20%	3,20%	**68**	4,67%	4,67%	4,67%
31	2,80%	2,80%	2,80%	**69**	4,68%	4,69%	4,68%	**31**	3,10%	3,10%	3,10%	**69**	4,68%	4,69%	4,68%
32	2,72%	2,72%	2,72%	**70**	4,69%	4,69%	4,69%	**32**	3,01%	3,01%	3,01%	**70**	4,69%	4,69%	4,69%
33	2,65%	2,65%	2,65%	**71**	4,68%	4,68%	4,68%	**33**	2,92%	2,92%	2,92%	**71**	4,68%	4,68%	4,68%
34	2,58%	2,58%	2,58%	**72**	4,67%	4,67%	4,67%	**34**	2,84%	2,84%	2,84%	**72**	4,67%	4,67%	4,67%
35	2,52%	2,52%	2,52%	**73**	4,64%	4,64%	4,65%	**35**	0,09%	0,09%	0,09%	**73**	4,64%	4,64%	4,65%
36	2,46%	2,46%	2,46%	**74**	4,62%	4,62%	4,62%	**36**	0,28%	0,28%	0,28%	**74**	4,62%	4,62%	4,62%
37	2,40%	2,40%	2,40%	**75**	4,58%	4,58%	4,58%	**37**	0,46%	0,46%	0,46%	**75**	4,58%	4,58%	4,58%

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

% incremento per età – FORMULA FULL

Sezione "TI AFFIANCO"

Area Extra Ricovero – Opzione Comfort

Alta Diagnostica				Diagnostica Completa				Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici			
età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%
0	0,00%	38	2,07%	0	0,00%	38	2,32%	0	0,00%	38	2,07%
1	8,81%	39	2,04%	1	16,10%	39	2,26%	1	8,86%	39	2,03%
2	8,17%	40	1,98%	2	13,90%	40	2,21%	2	8,14%	40	1,99%
3	7,52%	41	0,19%	3	12,18%	41	2,04%	3	7,51%	41	0,19%
4	6,96%	42	0,47%	4	10,88%	42	2,08%	4	6,99%	42	0,46%
5	6,54%	43	0,73%	5	9,79%	43	2,09%	5	6,53%	43	0,75%
6	6,16%	44	1,02%	6	8,94%	44	2,12%	6	6,14%	44	1,02%
7	5,75%	45	1,29%	7	8,19%	45	2,13%	7	5,79%	45	1,28%
8	5,47%	46	1,53%	8	7,58%	46	2,14%	8	5,46%	46	1,54%
9	5,21%	47	1,78%	9	7,03%	47	2,16%	9	5,18%	47	1,78%
10	4,93%	48	2,01%	10	6,59%	48	2,17%	10	4,92%	48	2,01%
11	4,67%	49	2,23%	11	6,16%	49	2,18%	11	4,70%	49	2,23%
12	4,49%	50	2,44%	12	5,82%	50	2,19%	12	4,48%	50	2,43%
13	4,31%	51	2,62%	13	5,49%	51	2,20%	13	4,29%	51	2,62%
14	4,10%	52	2,80%	14	5,21%	52	2,21%	14	4,12%	52	2,80%
15	3,95%	53	2,95%	15	4,94%	53	2,21%	15	3,95%	53	2,95%
16	3,80%	54	3,10%	16	4,72%	54	2,21%	16	3,80%	54	3,10%
17	3,66%	55	3,22%	17	4,50%	55	2,22%	17	3,67%	55	3,22%
18	3,53%	56	3,33%	18	4,32%	56	2,22%	18	3,53%	56	3,34%
19	3,41%	57	3,43%	19	4,13%	57	2,21%	19	3,41%	57	3,43%
20	3,32%	58	3,52%	20	3,97%	58	2,21%	20	3,31%	58	3,52%
21	3,18%	59	3,60%	21	3,81%	59	2,21%	21	3,19%	59	3,59%
22	3,10%	60	3,65%	22	3,68%	60	2,21%	22	3,09%	60	3,65%
23	3,00%	61	3,70%	23	3,54%	61	2,21%	23	3,00%	61	3,70%
24	2,92%	62	3,75%	24	3,43%	62	2,20%	24	2,92%	62	3,75%
25	2,83%	63	3,77%	25	3,31%	63	2,19%	25	2,83%	63	3,77%
26	2,76%	64	3,79%	26	3,21%	64	2,19%	26	2,75%	64	3,80%
27	2,67%	65	3,82%	27	3,10%	65	2,18%	27	2,68%	65	3,81%
28	2,62%	66	3,82%	28	3,01%	66	2,18%	28	2,61%	66	3,82%
29	2,54%	67	3,83%	29	2,92%	67	2,16%	29	2,54%	67	3,83%
30	2,47%	68	3,82%	30	2,84%	68	2,16%	30	2,48%	68	3,82%
31	2,42%	69	3,81%	31	2,76%	69	2,15%	31	2,42%	69	3,82%
32	2,38%	70	3,80%	32	2,69%	70	2,14%	32	2,36%	70	3,80%
33	2,31%	71	3,79%	33	2,61%	71	2,13%	33	2,31%	71	3,79%
34	2,25%	72	3,77%	34	2,55%	72	2,12%	34	2,26%	72	3,77%
35	2,22%	73	3,75%	35	2,48%	73	2,11%	35	2,21%	73	3,75%
36	2,16%	74	3,72%	36	2,43%	74	2,10%	36	2,16%	74	3,72%
37	2,10%	75	3,70%	37	2,37%	75	2,09%	37	2,12%	75	3,69%

Area Extra Ricovero – Opzione Deluxe

Alta Diagnostica				Diagnostica Completa				Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici			
età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%
0	0,00%	38	2,07%	0	0,00%	38	2,31%	0	0,00%	38	1,09%
1	8,86%	39	2,02%	1	16,12%	39	2,27%	1	1,83%	39	1,08%
2	8,14%	40	1,99%	2	13,88%	40	2,21%	2	1,80%	40	1,07%
3	7,49%	41	0,19%	3	12,21%	41	2,05%	3	1,77%	41	1,06%
4	7,03%	42	0,47%	4	10,86%	42	2,07%	4	1,73%	42	1,04%
5	6,54%	43	0,75%	5	9,82%	43	2,09%	5	1,70%	43	1,03%
6	6,14%	44	1,01%	6	8,92%	44	2,11%	6	1,68%	44	1,03%
7	5,78%	45	1,28%	7	8,18%	45	2,13%	7	1,64%	45	0,43%
8	5,47%	46	1,54%	8	7,59%	46	2,15%	8	1,62%	46	0,74%
9	5,14%	47	1,78%	9	7,05%	47	2,16%	9	1,60%	47	1,03%
10	4,93%	48	2,02%	10	6,57%	48	2,18%	10	1,57%	48	1,33%
11	4,70%	49	2,24%	11	6,17%	49	2,19%	11	1,55%	49	1,60%
12	4,49%	50	2,43%	12	5,81%	50	2,19%	12	1,53%	50	1,87%
13	4,30%	51	2,63%	13	5,50%	51	2,20%	13	1,50%	51	2,12%
14	4,12%	52	2,80%	14	5,21%	52	2,20%	14	1,48%	52	2,36%
15	3,94%	53	2,95%	15	4,94%	53	2,22%	15	1,46%	53	2,58%
16	3,81%	54	3,09%	16	4,73%	54	2,21%	16	1,44%	54	2,78%
17	3,68%	55	3,23%	17	4,49%	55	2,22%	17	1,41%	55	2,97%
18	3,54%	56	3,34%	18	4,32%	56	2,22%	18	1,40%	56	3,14%
19	3,40%	57	3,43%	19	4,14%	57	2,21%	19	1,38%	57	3,29%
20	3,30%	58	3,52%	20	3,96%	58	2,22%	20	1,36%	58	3,42%
21	3,18%	59	3,59%	21	3,82%	59	2,21%	21	1,34%	59	3,54%
22	3,10%	60	3,65%	22	3,67%	60	2,21%	22	1,32%	60	3,64%
23	3,01%	61	3,71%	23	3,56%	61	2,20%	23	1,30%	61	3,72%
24	2,92%	62	3,75%	24	3,42%	62	2,20%	24	1,30%	62	3,80%
25	2,83%	63	3,77%	25	3,30%	63	2,20%	25	1,27%	63	3,86%
26	2,76%	64	3,80%	26	3,22%	64	2,19%	26	1,26%	64	3,90%
27	2,66%	65	3,81%	27	3,10%	65	2,18%	27	1,24%	65	3,94%
28	2,61%	66	3,82%	28	3,02%	66	2,17%	28	1,22%	66	3,97%
29	2,55%	67	3,83%	29	2,92%	67	2,17%	29	1,21%	67	3,99%
30	2,49%	68	3,82%	30	2,84%	68	2,16%	30	1,20%	68	4,00%
31	2,42%	69	3,82%	31	2,77%	69	2,15%	31	1,18%	69	4,00%
32	2,37%	70	3,80%	32	2,68%	70	2,14%	32	1,17%	70	4,00%
33	2,30%	71	3,79%	33	2,63%	71	2,13%	33	1,16%	71	3,99%
34	2,26%	72	3,77%	34	2,55%	72	2,12%	34	1,14%	72	3,98%
35	2,21%	73	3,75%	35	2,48%	73	2,11%	35	1,13%	73	3,96%
36	2,16%	74	3,72%	36	2,43%	74	2,10%	36	1,12%	74	3,94%
37	2,11%	75	3,70%	37	2,37%	75	2,09%	37	1,10%	75	3,92%

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

% incremento per età – FORMULA FULL											
Sezione "TI AFFIANCO"											
Area Indennitaria											
Indennità per ricovero								Indennità per ricovero Limitazione a Gravi Patologie			
Annuali				Poliennali							
età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%
0	0,00%	38	1,20%	0	0,00%	38	0,49%	0	0,00%	38	1,25%
1	2,14%	39	1,17%	1	2,14%	39	0,61%	1	2,32%	39	1,24%
2	2,10%	40	1,18%	2	2,10%	40	0,71%	2	2,27%	40	1,20%
3	2,04%	41	0,30%	3	2,04%	41	0,81%	3	2,22%	41	1,22%
4	2,02%	42	0,92%	4	2,02%	42	0,91%	4	2,21%	42	1,19%
5	1,98%	43	1,52%	5	1,98%	43	1,01%	5	2,12%	43	1,19%
6	1,92%	44	2,10%	6	1,92%	44	1,10%	6	2,08%	44	1,15%
7	1,90%	45	2,64%	7	1,90%	45	1,20%	7	2,05%	45	1,16%
8	1,87%	46	3,15%	8	1,87%	46	1,28%	8	2,01%	46	2,28%
9	1,82%	47	3,60%	9	1,82%	47	1,37%	9	1,96%	47	3,49%
10	1,81%	48	4,01%	10	1,81%	48	1,45%	10	1,94%	48	4,63%
11	1,76%	49	4,37%	11	1,76%	49	1,53%	11	1,88%	49	5,56%
12	1,73%	50	4,68%	12	1,73%	50	1,60%	12	1,86%	50	6,40%
13	1,71%	51	4,94%	13	1,71%	51	1,67%	13	1,81%	51	7,07%
14	1,67%	52	5,16%	14	1,67%	52	1,74%	14	1,80%	52	7,56%
15	1,65%	53	5,33%	15	1,65%	53	1,80%	15	1,75%	53	7,95%
16	1,62%	54	5,46%	16	1,62%	54	1,86%	16	1,75%	54	8,21%
17	1,60%	55	5,57%	17	1,60%	55	1,92%	17	1,68%	55	8,36%
18	1,57%	56	5,64%	18	1,57%	56	1,97%	18	1,68%	56	8,43%
19	1,54%	57	5,68%	19	1,54%	57	2,01%	19	1,65%	57	8,44%
20	1,53%	58	5,70%	20	1,53%	58	9,13%	20	1,62%	58	8,39%
21	1,49%	59	5,70%	21	10,91%	59	5,70%	21	1,57%	59	8,31%
22	1,48%	60	5,68%	22	3,03%	60	5,68%	22	1,59%	60	8,19%
23	1,46%	61	5,66%	23	3,33%	61	5,66%	23	1,55%	61	8,05%
24	1,43%	62	5,61%	24	3,59%	62	5,61%	24	1,51%	62	7,89%
25	1,43%	63	5,56%	25	3,83%	63	5,56%	25	1,50%	63	7,73%
26	1,39%	64	5,50%	26	4,03%	64	5,50%	26	1,47%	64	7,56%
27	1,37%	65	5,44%	27	4,21%	65	5,44%	27	1,46%	65	7,39%
28	1,36%	66	5,37%	28	4,35%	66	5,37%	28	1,44%	66	7,20%
29	1,34%	67	5,29%	29	4,49%	67	5,29%	29	1,40%	67	7,03%
30	1,32%	68	5,22%	30	4,58%	68	5,22%	30	1,38%	68	6,86%
31	1,31%	69	5,14%	31	4,66%	69	5,14%	31	1,39%	69	6,69%
32	1,29%	70	5,06%	32	4,72%	70	5,06%	32	1,34%	70	6,52%
33	1,27%	71	4,98%	33	4,76%	71	4,98%	33	1,34%	71	6,36%
34	1,25%	72	4,90%	34	0,06%	72	4,90%	34	1,32%	72	6,20%
35	1,24%	73	4,82%	35	0,17%	73	4,82%	35	1,31%	73	6,05%
36	1,22%	74	4,74%	36	0,27%	74	4,74%	36	1,27%	74	5,90%
37	1,21%	75	4,66%	37	0,39%	75	4,66%	37	1,28%	75	5,76%

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

% incremento per età – FORMULA FULL											
Sezione "TI AFFIANCO"											
Area Indennitaria											
Diaria Post ricovero								Diaria Post Ricovero Limitazione a Gravi Patologie			
Annuali				Poliennali							
età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%
0	0,00%	**38**	0,51%	**0**	0,00%	**38**	3,36%	**0**	0,00%	**38**	0,98%
1	3,49%	**39**	0,51%	**1**	3,49%	**39**	3,25%	**1**	1,69%	**39**	0,97%
2	4,49%	**40**	1,02%	**2**	4,49%	**40**	3,54%	**2**	1,67%	**40**	1,92%
3	3,23%	**41**	1,01%	**3**	3,23%	**41**	0,38%	**3**	1,64%	**41**	0,94%
4	3,13%	**42**	1,00%	**4**	3,13%	**42**	0,00%	**4**	1,61%	**42**	0,93%
5	3,03%	**43**	0,99%	**5**	3,03%	**43**	0,38%	**5**	3,17%	**43**	0,93%
6	2,94%	**44**	1,46%	**6**	2,94%	**44**	0,75%	**6**	1,54%	**44**	0,92%
7	2,86%	**45**	1,44%	**7**	2,86%	**45**	0,75%	**7**	1,52%	**45**	1,82%
8	3,70%	**46**	1,42%	**8**	3,70%	**46**	1,12%	**8**	1,49%	**46**	0,89%
9	2,68%	**47**	1,87%	**9**	2,68%	**47**	1,10%	**9**	1,47%	**47**	0,88%
10	2,61%	**48**	1,83%	**10**	2,61%	**48**	1,09%	**10**	1,45%	**48**	0,88%
11	2,54%	**49**	1,80%	**11**	2,54%	**49**	1,44%	**11**	2,86%	**49**	0,87%
12	2,48%	**50**	2,21%	**12**	2,48%	**50**	1,42%	**12**	1,39%	**50**	0,86%
13	2,42%	**51**	1,73%	**13**	2,42%	**51**	1,75%	**13**	1,37%	**51**	1,71%
14	3,15%	**52**	2,13%	**14**	3,15%	**52**	1,72%	**14**	1,35%	**52**	0,84%
15	2,29%	**53**	0,42%	**15**	2,29%	**53**	2,03%	**15**	1,33%	**53**	0,00%
16	2,24%	**54**	1,66%	**16**	2,24%	**54**	1,99%	**16**	1,32%	**54**	0,83%
17	2,19%	**55**	2,45%	**17**	16,79%	**55**	2,27%	**17**	2,60%	**55**	0,83%
18	2,14%	**56**	3,19%	**18**	2,50%	**56**	2,22%	**18**	1,27%	**56**	1,64%
19	2,10%	**57**	3,86%	**19**	2,44%	**57**	2,48%	**19**	1,25%	**57**	2,42%
20	2,05%	**58**	4,83%	**20**	2,38%	**58**	2,42%	**20**	1,23%	**58**	2,36%
21	2,68%	**59**	5,32%	**21**	2,91%	**59**	2,37%	**21**	1,22%	**59**	3,08%
22	1,96%	**60**	5,72%	**22**	2,26%	**60**	2,60%	**22**	2,41%	**60**	3,73%
23	1,92%	**61**	6,05%	**23**	2,21%	**61**	2,82%	**23**	1,18%	**61**	3,60%
24	1,89%	**62**	6,61%	**24**	2,70%	**62**	2,74%	**24**	1,16%	**62**	3,47%
25	1,85%	**63**	6,76%	**25**	0,00%	**63**	2,67%	**25**	1,15%	**63**	4,03%
26	1,82%	**64**	7,12%	**26**	0,53%	**64**	5,45%	**26**	1,14%	**64**	4,52%
27	2,38%	**65**	7,14%	**27**	0,52%	**65**	7,14%	**27**	1,12%	**65**	4,32%
28	1,74%	**66**	7,13%	**28**	1,04%	**66**	7,13%	**28**	2,22%	**66**	4,73%
29	1,71%	**67**	7,08%	**29**	1,55%	**67**	7,08%	**29**	1,09%	**67**	5,08%
30	1,69%	**68**	7,21%	**30**	1,52%	**68**	7,21%	**30**	1,08%	**68**	4,84%
31	1,66%	**69**	7,10%	**31**	2,00%	**69**	7,10%	**31**	1,06%	**69**	5,13%
32	1,63%	**70**	6,98%	**32**	1,96%	**70**	6,98%	**32**	1,05%	**70**	4,88%
33	2,14%	**71**	6,85%	**33**	2,40%	**71**	6,85%	**33**	1,04%	**71**	5,12%
34	1,57%	**72**	6,87%	**34**	2,35%	**72**	6,87%	**34**	2,06%	**72**	4,87%
35	0,00%	**73**	6,71%	**35**	3,21%	**73**	6,71%	**35**	1,01%	**73**	5,06%
36	0,00%	**74**	6,69%	**36**	2,67%	**74**	6,69%	**36**	1,00%	**74**	5,22%
37	0,52%	**75**	6,52%	**37**	3,03%	**75**	6,52%	**37**	0,99%	**75**	4,96%

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

APPENDICE 2

ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE

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

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

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

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

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Patologie epatiche che richiedono resezioni chirurgiche	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*intervento chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del pancreas che richiedono *intervento chirurgico*	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*intervento chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del Sistema Nervoso Centrale che richiedono craniotomia	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*intervento chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia.
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N.
Epatite acuta con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di *intervento chirurgico*	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*intervento chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia.
Tumori benigni polmonari con necessità di *intervento chirurgico*	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*intervento chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del timo che richiedono *intervento chirurgico*	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'*intervento chirurgico* va certificata da Medico specialista della materia.

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

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: ▪ emo-trasfusioni periodiche; ▪ terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; ▪ trapianto di midollo osseo. ▪ La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da *infortunio* o *malattia*. La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.
Coma irreversibile	Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da *cartella clinica* completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
***Ricovero* in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso *ricovero* in Unità Coronarica)**	Infortuni, gravi malori improvvisi che necessitano di *ricovero* in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.

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

APPENDICE 3

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 risoluto 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 riscosse 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

buongiornoreale@realemutua.it

IL TUO AGENTE REALE

Mod. 5128/FI MAL - Ed. 09/2018

REALE MUTUA

REALE GROUP

TOGETHER MORE

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.

MISTO
Carta da fonti gestite in maniera responsabile
FSC® XXXXXX

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.