



Per Te Salute Reale

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

Il presente FASCICOLO INFORMATIVO contenente:

- Nota Informativa, comprensiva del Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al contraente
prima della sottoscrizione del contratto.

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

Mod. 5111/FI MAL - Ed. 12/2015

 **REALE
MUTUA**
PARTE DEL TUO MONDO.

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**1. Informazioni generali**

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 1849 milioni di euro di cui 60 milioni di euro relativi al fondo di garanzia, e 1789 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari al 614,80%. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

TACITO RINNOVO DEL CONTRATTO

In caso di polizza poliennale non è previsto il tacito rinnovo ed il contratto cessa senza obbligo di disdetta tra le parti alla sua naturale scadenza, come indicato all'Art. 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 "Per Te Salute Reale" 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.

Nel seguito sono sinteticamente illustrate le garanzie offerte dal prodotto.

A seconda della tipologia esse sono raccolte in Sezioni.

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

La **SEZIONE MALATTIE** si compone delle garanzie denominate e regolamentate come segue:

- **“GARANZIA RICOVERI - OPZIONE 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**, alla quale si rimanda per la lettura nel dettaglio (pagine da 42 a 45 delle Condizioni di Assicurazione).

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;
- indennità giornaliera sostitutiva del rimborso, in caso di ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La Garanzia Ricoveri - Opzione Gravi Patologie è alternativa alla Garanzia Ricoveri - Opzione Standard e alla Garanzia Ricoveri - Opzione Top ed è regolamentata ai punti 1.1 e 1.2 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: la garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti diversi limiti ed esclusioni, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti: 1.2 “Opzione Gravi Patologie - Garanzia Ricoveri - Modalità di erogazione delle prestazioni”, 3.1 “Chi non assicuriamo”, 3.2 “Cosa non assicuriamo”, 3.3 “Esclusioni in funzione della decorrenza della garanzia”, 4.1 “Data del sinistro”, 4.2 “Norme del servizio Blue Assistance”, 4.3 “Cosa fare in caso di sinistro - Garanzia Ricoveri”, 4.5 “Obblighi dell'assicurato”, nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: la garanzia prevede l'applicazione di un massimale di €300.000 per persona e per anno assicurativo. Inoltre, l'utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati con Blue Assistance comporta l'applicazione, sulle spese ad essi relative, di uno scoperto del 20%; lo scoperto, in ogni caso, non potrà essere inferiore a €100 né superiore a €5.000 per sinistro.

- **“GARANZIA RICOVERI - OPZIONE STANDARD”**: 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 Ricoveri - Opzione Standard è alternativa alla Garanzia Ricoveri - Opzione Gravi Patologie e alla Garanzia Ricoveri - Opzione Top. La regolamentazione si trova ai punti 1.3 e 1.4 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 punti: 1.4 “Opzione Standard - Garanzia Ricoveri - Modalità di erogazione delle prestazioni”, 3.1 “Chi non assicuriamo”, 3.2 “Cosa non assicuriamo”, 3.3 “Esclusioni in funzione della decorrenza della garanzia”, 4.1 “Data del sinistro”, 4.2 “Norme del servizio Blue Assistance”, 4.3 “Cosa fare in caso di sinistro - Garanzia Ricoveri”, 4.5 “Obblighi dell'assicurato”, nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di €300.000 per persona e per anno assicurativo. Inoltre, 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 20%; lo scoperto, 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 punto 1.3.B delle Condizioni di Assicurazione.

- **“GARANZIA RICOVERI - OPZIONE TOP”**: 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 Ricoveri - Opzione Top è alternativa alla Garanzia Ricoveri - Opzione Gravi Patologie e alla Garanzia Ricoveri - Opzione Standard. La regolamentazione si trova ai punti 1.5 e 1.6 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 punti: 1.6 "Opzione Top - Garanzia Ricoveri - Modalità di erogazione delle prestazioni", 3.1 "Chi non assicuriamo", 3.2 "Cosa non assicuriamo", 3.3 "Esclusioni in funzione della decorrenza della garanzia", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Cosa fare in caso di sinistro - Garanzia Ricoveri", 4.5 "Obblighi dell'assicurato", nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di €500.000 per persona e per anno assicurativo. Inoltre, 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 10%; lo scoperto, in ogni caso, non potrà essere superiore a €2.000 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 punto 1.5.B delle Condizioni di Assicurazione.

- **"GARANZIA SPECIALISTICA - OPZIONE STANDARD":** la garanzia opera per le visite specialistiche e/o gli accertamenti diagnostici resi necessari da infortunio o malattia, nonché per i trattamenti fisioterapici da infortunio, prescritti dal medico curante.

La Garanzia Specialistica - Opzione Standard è alternativa alla Garanzia Specialistica - Opzione Top e può essere acquistata solo in abbinamento ad una delle opzioni della Garanzia Ricoveri (Opzione Gravi Patologie, Opzione Standard, Opzione Top).

La regolamentazione si trova ai punti 2.1, 2.2 e 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 punti: 2.2 "Opzione Standard - Garanzia Specialistiche - Modalità di erogazione delle prestazioni", 2.3 "Opzione Standard - Garanzie Specialistiche - Visite e accertamenti esclusi", 3.1 "Chi non assicuriamo", 3.2 "Cosa non assicuriamo", 3.3 "Esclusioni in funzione della decorrenza della garanzia", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.4 "Cosa fare in caso di sinistro - Garanzia Specialistiche", 4.5 "Obblighi dell'assicurato", nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di €5.000 per persona e per anno assicurativo, la garanzia opera con uno scoperto del 20%; lo scoperto, in ogni caso, non potrà essere inferiore a €50.

- **"GARANZIA SPECIALISTICA - OPZIONE TOP":** la garanzia opera per le visite specialistiche e/o gli accertamenti diagnostici resi necessari da infortunio o malattia, nonché per i trattamenti fisioterapici da infortunio, prescritti dal medico curante.

La Garanzia Specialistica - Opzione Top è alternativa alla Garanzia Specialistica - Opzione Standard e può essere acquistata solo in abbinamento ad una delle opzioni della Garanzia Ricoveri (Opzione Gravi Patologie, Opzione Standard, Opzione Top).

La regolamentazione si trova ai punti 2.4, 2.5 e 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 punti: 2.5 "Opzione Top - Garanzia Specialistiche - Modalità di erogazione delle prestazioni", 2.6 "Opzione Top - Garanzia Specialistiche - Visite ed accertamenti esclusi", 3.1 "Chi non assicuriamo", 3.2 "Cosa non assicuriamo", 3.3 "Esclusioni in funzione della decorrenza della garanzia", 4.1 "Data del sinistro", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.4 "Cosa fare in caso di sinistro - Garanzia Specialistiche", 4.5 "Obblighi dell'assicurato", nonché nelle definizioni del glossario.

AVVERTENZA: è prevista l'applicazione di un massimale di €10.000 per persona e per anno assicurativo, la garanzia opera con uno scoperto del 10%; lo scoperto, in ogni caso, non potrà essere inferiore a €30.

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

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

■ **GARANZIA ASSISTENZA PERSONA - OPZIONE STANDARD**

Contiene le seguenti prestazioni:

Consigli medici e farmaceutici telefonici: servizio di consulenza medica per informazioni e consigli.

Banca cellule staminali del cordone ombelicale.

Prestazioni presso la residenza (per le emergenze di natura sanitaria nella vita di tutti i giorni): effettuazione di radiografie ed ecografie, fornitura di attrezzature medico-chirurgiche, invio di un infermiere a domicilio, invio di un fisioterapista a domicilio, invio di un medico generico, prelievo di campioni da analizzare, second opinion.

Prestazioni nel corso di un viaggio (per le emergenze di natura sanitaria nel corso di un viaggio): interprete a disposizione, rientro sanitario, rientro funerario.

La garanzia è regolamentata al punto 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 punti: 5.1 "Garanzia assistenza persona - Opzione Standard", 6.1 "Rischio non assicurato", 7.1 "Obblighi dell'Assicurato", 7.2 "Mancato utilizzo delle prestazioni", nonché nelle definizioni del glossario.

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

In proposito si veda il punto 5.1 delle Condizioni di Assicurazione.

■ **GARANZIA ASSISTENZA PERSONA - OPZIONE TOP**

Contiene le seguenti prestazioni:

Consigli medici e farmaceutici telefonici: servizio di consulenza medica per informazioni e consigli.

Banca cellule staminali del cordone ombelicale.

Prestazioni presso la residenza (per le emergenze di natura sanitaria nella vita di tutti i giorni): effettuazione di radiografie ed ecografie, fornitura di attrezzature medico-chirurgiche, invio di un infermiere a domicilio, invio di un fisioterapista a domicilio, invio di un medico generico, prelievo di campioni da analizzare, second opinion, servizi socio sanitario assistenziali, invio di baby sitter e/o dog sitter.

Prestazioni nel corso di un viaggio (per le emergenze di natura sanitaria nel corso di un viaggio): interprete a disposizione, rientro sanitario, rientro funerario, assistenza ai figli minori, invio di medicinali urgenti all'estero.

La garanzia è regolamentata al punto 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 punti: 5.2 "Garanzia assistenza persona - Opzione Top", 6.1 "Rischio non assicurato", 7.1 "Obblighi dell'Assicurato", 7.2 "Mancato utilizzo delle prestazioni", nonché nelle definizioni del glossario.

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

In proposito si vedano il punto 5.2 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 Ricoveri, 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 STANDARD		Opzione TOP	
	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 fattura per la struttura sanitaria	€ 4.000			
Importo fattura per l'equipe medica	€ 7.000			
Scoperto	20% (minimo € 100 - massimo € 5.000)	20% (minimo € 100 - massimo € 5.000) solo per l'equipe medica	10% (massimo € 2.000)	10% (massimo € 2.000) solo per l'equipe medica

Esempio A: rimborso di € 8.800 all'Assicurato (ottenuto sottraendo € 2.200, ovvero il 20%, alla somma degli importi delle fatture per la struttura sanitaria e per l'equipe medica, pari a € 11.000).

Esempio B: indennizzo diretto di € 4.000 (pari al 100%) alla struttura sanitaria; rimborso di € 5.600 all'Assicurato per le spese relative all'equipe medica (ottenuto sottraendo € 1.400, ovvero il 20%, all'importo della fattura di € 7.000).

Esempio C: rimborso di € 9.900 all'Assicurato (ottenuto sottraendo € 1.100, ovvero il 10%, alla somma degli importi delle fatture per la struttura sanitaria e per l'equipe medica, pari a € 11.000).

Esempio D: indennizzo diretto di € 4.000 (pari al 100%) alla struttura sanitaria; rimborso di € 6.300 all'Assicurato per le spese relative all'equipe medica (ottenuto sottraendo € 700, ovvero il 10%, all'importo della fattura di € 7.000).

Esempio di applicazione di scoperto per la Garanzia Specialistica:

	Esempi	
	A Opzione STANDARD	B Opzione TOP
Importo fattura per accertamento diagnostico/visita specialistica	€ 280	
Scoperto	20% con il minimo di € 50	10% con il minimo di € 30

Esempio A: rimborso di € 224 (ottenuto sottraendo € 56, ovvero il 20%, all'importo della fattura di € 280).

Esempio B: rimborso di € 250 (ottenuto sottraendo € 30, cioè lo scoperto minimo previsto, all'importo della fattura di € 280).

4. Periodi di carenza contrattuali

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

Per i dettagli si veda il punto 3.3 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, senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute, alle domande previste dal questionario sanitario, in quanto l'assicurazione è prestata in base a tali dichiarazioni, come indicato a pagina 9 delle Condizioni di Assicurazione.

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 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 3.1 delle Condizioni di Assicurazione, per i quali si configura invece un aggravamento di rischio che comporta la cessazione dell'assicurazione. Tali circostanze riguardano le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate.

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

7. Premi

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

- in unica 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.4 delle Condizioni di Assicurazione.

In caso di polizza di durata annuale tacitamente rinnovabile, è 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 60 giorni dalla scadenza anniversaria, come indicato all'Art.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 Malattie si applica l'aliquota d'imposta del 2,5%;
- per la sezione Assistenza si applica l'aliquota d'imposta del 10%.

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 Malattie 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.

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

Per gli aspetti di dettaglio si veda il punto 4.1 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 ai punti:

- dal 4.1 al 4.6 per la sezione Malattie,
- dal 7.1 al 7.3 per la sezione Assistenza.

AVVERTENZA: sia per la sezione Malattie, sia per la sezione Assistenza, la gestione dei sinistri è affidata alla società BLUE ASSISTANCE S.P.A., alla cui Centrale Operativa l'Assicurato si dovrà rivolgere secondo le modalità descritte ai suindicati punti delle Condizioni 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 delle stessa secondo le indicazioni di cui al capitolo "Come avviene la liquidazione del sinistro" a pagina 22 delle Condizioni di Assicurazione - 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 di uno scoperto del 20% per la Garanzia Ricoveri - Opzione Gravi Patologie e per la Garanzia Ricoveri - Opzione Standard e l'applicazione di uno scoperto del 10% per la Garanzia Ricoveri - Opzione Top.

I punti delle Condizioni di Assicurazione che disciplinano questi casi, ai quali si rimanda per una lettura completa, sono i seguenti: 1.2 "Opzione Gravi Patologie - Garanzia Ricoveri - Modalità di erogazione delle prestazioni", 1.4 "Opzione Standard - Garanzia Ricoveri - Modalità di erogazione delle prestazioni", 1.6 "Opzione Top - Garanzia Ricoveri - Modalità di erogazione delle prestazioni", 4.2 "Norme del servizio Blue Assistance", 4.3 "Cosa fare in caso di sinistro - Garanzia Ricoveri".

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: buongiornoale@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.lvass.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 punto 4.6 delle Condizioni di Assicurazione.

* * *

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

Società Reale Mutua di Assicurazioni
Luca Filippone



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

GLOSSARIO

ASSICURATO

La persona protetta dall'assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE

Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte del Gruppo Reale Mutua, che provvede, per conto della stessa, alla liquidazione dei *sinistri* della Sezione Malattie 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*, che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni della Sezione Assistenza.

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.

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 e le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.

Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorchè 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.

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 (Mod. 5112 MAL).

NUCLEO FAMILIARE

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

POLIZZA

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

QUESTIONARIO SANITARIO

Documento che, fatta eccezione per la Garanzia Ricoveri - Opzione Gravi Patologie, costituisce parte integrante della *polizza* e che 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*.

SINISTRO

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

Per la Sezione Malattie si considerano *sinistro*: il ricovero, l'*intervento chirurgico* (con o senza *ricovero*), il *ricovero* domiciliare o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie assicurate.

STRUTTURA SANITARIA

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

Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

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

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

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

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

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

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

VISITA SPECIALISTICA

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

PER TE SALUTE REALE

La serenità di sentirsi sicuri

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INTRODUZIONE	Pag.	4
DEFINIZIONI	Pag.	5
SEZIONE MALATTIE	Pag.	8
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - GARANZIA RICOVERI	Pag.	8
1.1 Opzione Gravi Patologie - Garanzia Ricoveri - Cosa assicuriamo	Pag.	8
1.2 Opzione Gravi Patologie - Garanzia Ricoveri - Modalità di erogazione delle prestazioni	Pag.	10
1.3 Opzione Standard - Garanzia Ricoveri - Cosa assicuriamo	Pag.	10
1.4 Opzione Standard - Garanzia Ricoveri - Modalità di erogazione delle prestazioni	Pag.	12
1.5 Opzione Top – Garanzia Ricoveri - Cosa Assicuriamo	Pag.	13
1.6 Opzione Top - Garanzia Ricoveri - Modalità di erogazione delle prestazioni	Pag.	15
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - GARANZIA SPECIALISTICHE	Pag.	17
2.1 Opzione Standard - Garanzia Specialistiche - Cosa assicuriamo	Pag.	17
2.2 Opzione Standard - Garanzia Specialistiche - Modalità di erogazione delle prestazioni	Pag.	17
2.3 Opzione Standard - Garanzia Specialistiche - Visite e accertamenti esclusi	Pag.	17
2.4 Opzione Top - Garanzia Specialistiche - Cosa assicuriamo	Pag.	17
2.5 Opzione Top - Garanzia Specialistiche - Modalità di erogazione delle prestazioni	Pag.	18
2.6 Opzione Top - Garanzia Specialistiche - Visite e accertamenti esclusi	Pag.	18
ESCLUSIONI	Pag.	19
3.1 Chi non assicuriamo	Pag.	19
3.2 Cosa non assicuriamo	Pag.	19
3.3 Esclusioni in funzione della decorrenza della garanzia	Pag.	20
COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	Pag.	21
4.1 Data del sinistro	Pag.	21
4.2 Norme del servizio Blue Assistance	Pag.	21
4.3 Cosa fare in caso di sinistro – Garanzia Ricoveri	Pag.	21
4.4 Cosa fare in caso di sinistro – Garanzia Specialistiche	Pag.	23
4.5 Obblighi dell'assicurato	Pag.	23
4.6 Controversie – Valutazione collegiale ed arbitrato irrituale	Pag.	24
SEZIONE ASSISTENZA	Pag.	25
OGGETTO DELLA ASSICURAZIONE	Pag.	25
5.1 Garanzia Assistenza Persona – Opzione Standard	Pag.	25
5.2 Garanzia Assistenza Persona – Opzione Top	Pag.	28
ESCLUSIONI	Pag.	33
6.1 Rischio non assicurato	Pag.	33
GESTIONE DEL SINISTRO	Pag.	34
7.1 Obblighi dell'assicurato	Pag.	34
7.2 Mancato utilizzo delle prestazioni	Pag.	34
7.3 Restituzione di biglietti di viaggio	Pag.	34
CONDIZIONI GENERALI	Pag.	35
APPENDICE 1	Pag.	37
APPENDICE 2	Pag.	42



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

INTRODUZIONE

Per te Salute Reale è un prodotto rimborso spese sanitarie, modulare e personalizzabile che contiene garanzie assicurative per tutelarsi da rischi relativi ad eventi di malattia o infortunio che possono compromettere la salute e l'integrità fisica delle persone.

Il fascicolo è suddiviso in Nota Informativa, Glossario e Condizioni di Assicurazione (queste ultime sono a loro volta organizzate in Sezioni e in Condizioni Generali).

LE SEZIONI

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

Per Te Salute Reale si compone della Sezione Malattie e della Sezione Assistenza.

Nella SEZIONE MALATTIE è possibile attivare:

La **Garanzia Ricoveri** che si compone delle seguenti opzioni alternative tra di loro:

- **Opzione Gravi Patologie**
- **Opzione Standard**
- **Opzione Top**

La **Garanzia Specialistiche** che si compone delle seguenti opzioni alternative fra di loro e che possono essere acquistate solo in abbinamento ad una qualsiasi delle opzioni della Garanzia Ricoveri.

- **Opzione Standard**
- **Opzione Top**

Le diverse opzioni differiscono, oltre che per il premio, per la tipologia di prestazioni incluse o per la portata della copertura o per la modalità di erogazione delle prestazioni assicurate.

Nel capitolo ESCLUSIONI sono indicate le esclusioni operanti per tutte le garanzie della Sezione Malattie.

Nel capitolo COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO è indicata la procedura di liquidazione con riferimento all'utilizzo delle strutture convenzionate e non convenzionate.

Nella SEZIONE ASSISTENZA è attivata in automatico la Garanzia Assistenza Opzione Standard oppure Opzione Top: l'opzione viene attribuita automaticamente in funzione della Garanzia Ricoveri scelta della Sezione Malattie.

Alla Garanzia Ricoveri - Opzione Gravi Patologie e alla Garanzia Ricoveri - Opzione Standard è associata l'Opzione Standard della Garanzia Assistenza; alla Garanzia Ricoveri - Opzione Top è associata l'Opzione Top della Garanzia Assistenza.

LE CONDIZIONI GENERALI

Sono norme comuni che regolano il contratto di assicurazione in generale.



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

DEFINIZIONI

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

ASSICURATO

La persona protetta dall'assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE

Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte del Gruppo Reale Mutua, che provvede, per conto della stessa, alla liquidazione dei *sinistri* della Sezione *Malattie* 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*, che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni della Sezione Assistenza.

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*.

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 e le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.

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

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



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

MALATTIA

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

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.

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.

NUCLEO FAMILIARE

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

POLIZZA

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

QUESTIONARIO SANITARIO

Documento che, fatta eccezione per la Garanzia *Ricoveri* - Opzione Gravi Patologie, costituisce parte integrante della *polizza* e che 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 minorenni, 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*.

SINISTRO

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

Per la Sezione *Malattie* si considerano *sinistro*: il *ricovero*, l'*intervento chirurgico* (con o senza *ricovero*), il *ricovero domiciliare* o, in assenza dei suddetti eventi, le altre prestazioni sanitarie assicurate.

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, *day hospital/day surgery*, regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera, poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

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

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

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

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

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

Poiché 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.

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*.

SEZIONE *MALATTIE*

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni rese nel *questionario sanitario*, che forma parte integrante della *polizza*. E' 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 Opzione Gravi Patologie della Garanzia *Ricoveri* non è richiesta la compilazione del questionario da parte dell'*Assicurato*, **ferme restando le esclusioni del punto 3.2.**

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - GARANZIA *RICOVERI*

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

1.1 OPZIONE GRAVI PATOLOGIE - GARANZIA *RICOVERI* - COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni della garanzia sono indicate ai punti 3.1, 3.2 e 3.3

Reale Mutua paga le spese di seguito elencate sostenute dall'*Assicurato* per i *ricoveri* e/o gli *interventi chirurgici* resi necessari dalle patologie elencate nella tabella riportata nell'**Appendice 2** di cui al presente fascicolo informativo **con i limiti e le indicazioni specificati nel "prontuario diagnostico" della tabella stessa.**

A *RICOVERO – INTERVENTO CHIRURGICO*

In caso di *ricovero* o di *intervento chirurgico* resi necessari da *malattia* o da *infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, **con le modalità previste al punto 1.2**, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

- a rette di degenza;
- b *intervento chirurgico*; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. **In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, 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*;
- c *assistenza medica ed infermieristica*, cure **(con il massimo, per la dialisi, di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona)**, *trattamenti di fisioterapia*, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, accertamenti diagnostici, durante il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*;
- 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.**

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

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

B SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL *RICOVERO*

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni **effettuate nei 60**



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

giorni precedenti e nei 90 giorni successivi purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con le modalità previste al punto 1.2:**

- ◆ *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 *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.

D TRAPIANTO DI ORGANI

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

E INDENNITA' 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 **€ 200** per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in *day hospital/day surgery*.

In caso di dialisi, l'indennità è corrisposta per 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 o il rimborso dell'eccedenza di spesa indennizzabile rimasta a suo carico.

F ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

In caso di *malattia* a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'*Assicurato*, che comporta la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente e/o a svolgere le comuni attività quotidiane: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi), 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.

G CURA PER A.I.D.S.

Fermo restando che l'assicurazione non è operante per la sieropositività da virus H.I.V. e che per le persone affette da A.I.D.S. l'assicurazione cessa automaticamente, qualora l'*Assicurato*, non sieropositivo alla data di effetto dell'assicurazione, contraiga 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.

H 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. Laddove venisse



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

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.

1.2 OPZIONE GRAVI PATOLOGIE - GARANZIA *RICOVERI* - MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

A *MASSIMALE*

€ 300.000 per persona e per anno assicurativo;

B MODALITA' 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 20%; lo scoperto, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per sinistro. È inoltre previsto un limite di indennizzo di € 400 (IVA inclusa) al giorno per la retta di degenza.**

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*;
- ◆ rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica, **con l'applicazione di uno scoperto del 20%; lo scoperto, 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 al punto 1.1.B, sono rimborsate integralmente se effettuate in *strutture convenzionate con medici convenzionati* in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, **con l'applicazione di uno scoperto del 20% negli altri casi.**

1.3 OPZIONE STANDARD - GARANZIA *RICOVERI* - COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni della garanzia sono indicate ai punti 3.1, 3.2 e 3.3

A *RICOVERO – INTERVENTO CHIRURGICO*

In caso di *ricovero* o di *intervento chirurgico* resi necessari da *malattia* o da *infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste al punto 1.4**, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

- a rette di degenza;
- b *intervento chirurgico*; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. **In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, 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*;
- c *assistenza medica ed infermieristica*, cure **(con il massimo, per la dialisi, di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona)**, *trattamenti di fisioterapia*, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, accertamenti diagnostici, durante il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*;
- 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**;



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

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**.

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

B PARTO

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

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 eseguite dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto, **purché siano inerenti lo stato di gravidanza e fino alla concorrenza di € 300 per tutto il periodo suindicato.**

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni **effettuate nei 90 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi** purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con le modalità previste al punto 1.4:**

- ◆ *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 DI ORGANI

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

F INDENNITA' 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 **€ 200** per ogni pernottamento in *struttura sanitaria* o per ogni giorno di degenza in *day hospital/day surgery*.

In caso di dialisi, l'indennità è corrisposta per un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.

Per il parto naturale e cesareo viene corrisposto l'indennizzo forfettario di € 1.500 come indicato al punto 1.3.B.

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

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

G ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

In caso di *malattia* a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'*Assicurato*, che comporta la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente e/o a svolgere le comuni attività quotidiane: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi), 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.

I MEDICINA PREVENTIVA

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

- a** per neonati fino a 6 mesi di età: ecografia alle anche;
- b** per i maggiori di 6 anni e minori di 18 anni: visita ortodontica;
- c** per i maggiori di 18 anni di età:
 - ◆ esami di laboratorio (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, creatininemia, GOT/GPT, HbsAg, emocromo completo, PSA, ricerca sangue occulto nelle feci, esame urine completo);
 - ◆ pap test;
 - ◆ mammografia;
 - ◆ ecografia prostatica;
 - ◆ pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica;
 - ◆ elettrocardiogramma;
 - ◆ visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.

Gli accertamenti devono essere effettuati presso poliambulatori convenzionati con *Blue Assistance*, previo accordo telefonico con la medesima.

Ciascun *Assicurato* può effettuare gli accertamenti suindicati una volta ogni due anni.

L 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. 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.

1.4 OPZIONE STANDARD - GARANZIA RICOVERI - MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

A MASSIMALE

€ 300.000 per persona e per anno assicurativo;



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

B MODALITA' 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 20%; lo scoperto, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 100 né superiore a € 5.000 per sinistro. È inoltre previsto un limite di indennizzo di € 400 (IVA inclusa) al giorno per la retta di degenza.**

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*;
- ◆ rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica, **con l'applicazione di uno scoperto del 20%; lo scoperto, 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 al punto 1.3 C, sono rimborsate integralmente se effettuate in *strutture convenzionate con medici convenzionati* o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, **con l'applicazione di uno scoperto del 20% negli altri casi.**

1.5. OPZIONE TOP – GARANZIA RICOVERI - COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni della garanzia sono indicate ai punti 3.1, 3.2 e 3.3

A RICOVERO – INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di *ricovero* o di *intervento chirurgico* resi necessari da *malattia* o da *infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste al punto 1.6**, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

- a rette di degenza;
- b *intervento chirurgico*; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. **In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, 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*;
- c *assistenza medica ed infermieristica*, cure **(con il massimo, per la dialisi, di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona)**, *trattamenti di fisioterapia*, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, accertamenti diagnostici, durante il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*;
- 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.**

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

B PARTO

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

Sono operanti i seguenti limiti di indennizzo per sinistro: € 5.000 in caso di parto naturale, € 10.000 in caso di parto cesareo.



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

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 eseguite dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto, **purché siano inerenti lo stato di gravidanza e fino alla concorrenza di € 500 per tutto il periodo suindicato.**

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni **effettuate nei 90 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi** purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con le modalità previste al punto 1.6:**

- ◆ *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 DI ORGANI

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

F INDENNITA' 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*.

In caso di dialisi, l'indennità è corrisposta per un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.

Per il parto naturale e cesareo viene corrisposto l'indennizzo forfettario di € 1.500 come indicato al punto 1.5.B.

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

G ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

In caso di *malattia* a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'*Assicurato*, che comporta la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente e/o a svolgere le comuni attività quotidiane: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi), 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.

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

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.

I MEDICINA PREVENTIVA

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

- a** per neonati fino a 6 mesi di età: ecografia alle anche;
- b** per i maggiori di 6 anni e minori di 18 anni: visita ortodontica;
- c** per i maggiori di 18 anni di età:
 - ◆ esami di laboratorio (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, glicemia, uricemia, creatininemia, GOT/GPT, HbsAg, emocromo completo, PSA, ricerca sangue occulto nelle feci, esame urine completo);
 - ◆ pap test;
 - ◆ mammografia;
 - ◆ ecografia prostatica;
 - ◆ pressione arteriosa in posizione ortostatica e clinostatica;
 - ◆ elettrocardiogramma;
 - ◆ visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.

Gli accertamenti devono essere effettuati presso poliambulatori convenzionati con *Blue Assistance*, previo accordo telefonico con la medesima.

Ciascun *Assicurato* può effettuare gli accertamenti suindicati una volta ogni due anni.

L 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. 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.

1.6 OPZIONE TOP - GARANZIA *RICOVERI* - MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

A MASSIMALE

€ 500.000 per persona e per anno assicurativo.

B MODALITA' 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 10%; lo scoperto, in ogni caso, non potrà essere superiore a € 2.000 per sinistro.**



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente /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*;
- ◆ rimborsa le spese relative all'equipe medico-chirurgica, **con l'applicazione di uno scoperto del 10%; lo scoperto, in ogni caso, non potrà essere superiore a € 2.000 per sinistro.**

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero*, di cui al punto 1.5.C, sono rimborsate integralmente se effettuate in *strutture convenzionate con medici convenzionati* o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, **con l'applicazione di uno scoperto del 10% negli altri casi.**

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

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - GARANZIA SPECIALISTICHE

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

2.1 OPZIONE STANDARD - GARANZIA SPECIALISTICHE - COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni della garanzia sono indicate al punto 2.3 e ai punti 3.1, 3.2 e 3.3

Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste al punto 2.2**, le spese, non rientranti in altre garanzie, sostenute dall'*Assicurato* per:

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

2.2 OPZIONE STANDARD - GARANZIA SPECIALISTICHE - MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

A MASSIMALE

€ 5.000 per persona e per anno assicurativo.

B MODALITA' 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 con uno scoperto del 20%; lo scoperto, 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*.

2.3 OPZIONE STANDARD - GARANZIA SPECIALISTICHE - VISITE E ACCERTAMENTI ESCLUSI

Sono escluse:

- ◆ **le visite pediatriche**
- ◆ **le visite ginecologiche**
- ◆ **le visite ed accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici.**

2.4 OPZIONE TOP - GARANZIA SPECIALISTICHE - COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni della garanzia sono indicate al punto 2.6 e ai punti 3.1, 3.2 e 3.3

Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste al punto 2.5**, le spese, non rientranti in altre garanzie, sostenute dall'*Assicurato* per:

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

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

2.5 OPZIONE TOP - GARANZIA SPECIALISTICHE - MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

A MASSIMALE

€ 10.000 per persona e per anno assicurativo.

B MODALITA' 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 con uno scoperto del 10%; lo scoperto, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 30.**

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

2.6 OPZIONE TOP - GARANZIA SPECIALISTICHE - VISITE E ACCERTAMENTI ESCLUSI

Sono escluse le visite ed accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici, oltre alle visite pediatriche dalla 4° (quarta) in poi per anno assicurativo.

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

ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni sono riferite a tutte le garanzie *ricoveri* e *specialistiche* della Sezione *Malattie*, oltre a quanto indicato ai punti 2.3 e 2.6 della Garanzia *Specialistiche*.

3.1 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.

3.2 COSA NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non presta le garanzie previste dalla presente Sezione *Malattie* 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, sanzionate ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e successive modificazioni ed integrazioni; *ricoveri* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- C conseguenze di:
 - ◆ *infortuni* occorsi,
 - ◆ *malattie* diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'assicurazione;
- D *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'assicurazione, salvo quanto previsto per il neonato ai punti 1.1.H, 1.3.L e 1.5.L;
- E *patologie psichiatriche* e *disturbi psichici* e loro conseguenze;
- F *prestazioni aventi finalità estetiche* (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio*, **quest'ultimo purché comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico**), *dimagranti* e *fitoterapiche*;
- G *check-up di medicina preventiva*, salvo quanto previsto ai punti 1.3.I, 1.5.I;
- H *interventi chirurgici* per la correzione di vizi di refrazione (*miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia*);
- I *paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche*, salvo quanto previsto ai punti 1.1.A.d, 1.3.A.d, 1.5. A.d;
- L *aborto volontario non terapeutico*;
- M *infertilità, sterilità, impotenza*;
- N *sieropositività da virus H.I.V.*;
- O conseguenze di:
 - ◆ *atti dolosi* compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
 - ◆ *partecipazione ad imprese di carattere eccezionale* (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
 - ◆ *trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche*, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radio terapeutiche;



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

- ◆ guerre e insurrezioni;
 - ◆ movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano;
- P *ricoveri* dovuti alla necessità dell'*Assicurato*, dopo essere divenuto non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi).

3.3 ESCLUSIONI IN FUNZIONE DELLA DECORRENZA DELLA GARANZIA

Fermo quanto previsto all'Art. 2 delle Condizioni Generali e le esclusioni del punto 3.2, la garanzia decorre dalle ore 24:

- A del giorno di effetto dell'assicurazione per gli *infortuni* e per l'aborto post-traumatico;
- B del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto (se assicurato) e le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri, tramite esame ecografico, che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione);
- C del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre *malattie*.

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*.

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL *SINISTRO*

Blue Assistance

- ◆ ha sede a Torino – Corso Svizzera n. 185
- ◆ risponde ai numeri telefonici:

DALL'ITALIA



DALL'ESTERO
PREFISSO INTERNAZIONALE
seguito da

011 742 55 55

4.1 DATA DEL *SINISTRO*

Fermo quanto previsto al punto 3.3, 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 la prestazione dei servizi.

4.3 COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO* – *GARANZIA RICOVERI*

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.

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 e all'autorizzazione al pagamento diretto di *Blue Assistance*, in mancanza delle quali le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato al successivo punto 4.3.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;

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

- ◆ 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 al punto 4.5 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 Ricoveri - Opzione 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 concordate da *Blue Assistance*.

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

L'*Assicurato* che utilizza:

- a *strutture sanitarie* e medici non convenzionati;
- 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 successive modificazioni ed integrazioni).

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.

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 al punto 4.3.A**), mentre l'*Assicurato* deve provvedere al pagamento delle spese relative all'*equipe medico-chirurgica*.

Blue Assistance, **se la prestazione è compresa in garanzia**, rimborsa le spese sostenute dall'*Assicurato* relativamente all'*equipe medico-chirurgica* 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*.

D SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL *RICOVERO*

Le spese riferite alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, di cui al punto 1.1 B, 1.3.C, 1.5 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 O DI FONDI O MUTUE PRIVATE

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale o a fondi o mutue private, in forma diretta o indiretta, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede alla liquidazione dell'Indennità sostitutiva del rimborso (come indicato ai punti 1.1 E, 1.3 F, 1.5 F) o al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'*Assicurato*.

F *RICOVERO ALL'ESTERO PER MALATTIA IMPROVVISA O INFORTUNIO*

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

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

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

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

4.4 COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO* – GARANZIA SPECIALISTICHE

L'*Assicurato* deve provvedere 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 - rimborsa le spese sostenute dall'*Assicurato*, **al netto dello scoperto**, entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

4.5 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 i medici che lo hanno visitato e curato.

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

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'*Assicurato* deve 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.



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

4.6 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi*, si potrà procedere, su accordo tra l'*Assicurato* e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria 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 al punto A, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza dell'Assicurato*. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.



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

SEZIONE ASSISTENZA

All'*Assicurato* che si trovi in difficoltà a seguito di *malattia* o di *infortunio* verificatosi durante il periodo di validità della *polizza* o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, *Blue Assistance*, società di servizi specializzata nel settore sanitario, offre le prestazioni di seguito indicate.

Per poterne usufruire l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- ◆ telefono, ai numeri:

DALL'ITALIA



DALL'ESTERO

PREFISSO INTERNAZIONALE

seguito da

011 742 55 55

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

Comunicando:

- ◆ le proprie generalità;
- ◆ il numero di *polizza*;
- ◆ il tipo di prestazione richiesta;
- ◆ il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

OGGETTO DELLA ASSICURAZIONE

Reale Mutua presta le garanzie sotto riportate solo se esplicitamente richiamate nel *modulo di polizza*.

5.1 GARANZIA ASSISTENZA PERSONA – OPZIONE STANDARD

A CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI

La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli

- ◆ sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare in caso di *infortunio e/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 tutti i giorni dell'anno.

B 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 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.

C PRESTAZIONI PRESSO LA RESIDENZA

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite 3 volte per ogni Assicurato e per anno assicurativo e operano esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano.

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

1. FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICO-CHIRURGICHE

Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* 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 di presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'*Assicurato* stesso.

2. INVIO DI UN INFERMIERE A DOMICILIO

Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, l'*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**.

3. INVIO DI UN FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

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

4. INVIO DI UN MEDICO GENERICO

Qualora l'*Assicurato* richieda una visita medica urgente presso la propria *residenza* nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la *Centrale Operativa* sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'*Assicurato*, il trasferimento di quest'ultimo in una *struttura sanitaria* mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

5. PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE

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 un'analisi clinica (esami del sangue, feci, urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche), la *Centrale Operativa*, compatibilmente con la disponibilità delle locali *strutture sanitarie*, provvede ad organizzare il prelievo dei campioni da analizzare, la consegna presso il laboratorio di analisi ed il successivo recapito 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.

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

6. 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.

7. 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 l'*Assicurato* ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica.

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* od 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.

D PRESTAZIONI NEL CORSO DI UN VIAGGIO

1. INTERPRETE A DISPOSIZIONE

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

2. RIENTRO SANITARIO

Qualora nel corso di un viaggio, a seguito di *malattia* o *infortunio*, vi sia la richiesta di trasferire l'*Assicurato* presso la sua *residenza* o in una *struttura sanitaria* prossima alla sua *residenza* idonea a

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

garantirgli cure specifiche, la *Centrale Operativa*, nel caso in cui i propri medici di guardia 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 classe economica (eventualmente barellato);
 - treno (prima classe);
 - autoambulanza;
 - altri mezzi adatti alla circostanza;
- ◆ fare assistere l'*Assicurato* durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico, se necessario. In caso contrario l'*Assicurato* verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

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 diagnostiche e/o che abbiano reso necessari cure mediche ed esami clinici prima della partenza per il viaggio e note all'*Assicurato*, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di A.I.D.S. e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

3. RIENTRO FUNERARIO

Qualora l'*Assicurato* deceda nel corso di un viaggio, la *Centrale Operativa* provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto tutte le formalità.

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 10.000 per sinistro.

Restano a carico dei familiari dell'*Assicurato* le spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo, oppure in caso di disposizioni di legge del luogo che ne impediscano il trasporto o se l'*Assicurato* ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la *Centrale Operativa* mette a disposizione di un familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica), o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto.

5.2 GARANZIA ASSISTENZA PERSONA – OPZIONE TOP

A CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI

La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli

- ◆ sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare in caso di *infortunio e/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 tutti i giorni dell'anno.

B 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 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*.



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

C PRESTAZIONI PRESSO LA *RESIDENZA*

Le prestazioni sotto riportate vengono fornite **3 volte per ogni *Assicurato* e per anno assicurativo e operano esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano.**

1. FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICO-CHIRURGICHE

Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* 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 di presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'*Assicurato* stesso.

2. INVIO DI UN INFERMIERE A DOMICILIO

Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* richieda, **in quanto certificato nella *cartella clinica di dimissione***, l'*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*.**

3. INVIO DI UN FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

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

4. INVIO DI UN MEDICO GENERICO

Qualora l'*Assicurato* richieda una visita medica urgente presso la propria *residenza* nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la *Centrale Operativa* sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'*Assicurato*, il trasferimento di quest'ultimo in una *struttura sanitaria* mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

5. PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE

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 un'analisi clinica (esami del sangue, feci, urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche), la *Centrale Operativa*, compatibilmente con la disponibilità delle locali *strutture sanitarie*, provvede ad organizzare il prelievo dei campioni da analizzare, la consegna presso il laboratorio di analisi ed il successivo recapito 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.



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

6. 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.

7. 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 l'*Assicurato* ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica.

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* od 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.

8. SERVIZI SOCIO SANITARIO ASSISTENZIALI

Qualora l'*Assicurato*, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* **a seguito di un ricovero superiore a 10 giorni e in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione**, necessiti di assistenza nel reperimento e attivazione di servizi socio sanitario assistenziali presso la propria *residenza* (**supporto e aiuto all'igiene personale, governo della casa, organizzazione della vita quotidiana, compagnia e comunicazione con la persona e la sua famiglia**), la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 600 per sinistro.**



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

9. INVIO DI BABY SITTER O DOG SITTER

Qualora l'*Assicurato*, dal giorno del *ricovero* presso una *struttura sanitaria* e **fino ad un massimo di 60 giorni dallo stesso**, si trovi nell'impossibilità di occuparsi dei figli minori conviventi o del suo animale domestico, e nessun altro familiare possa prendersene cura, la *Centrale Operativa* provvede a reperire un baby sitter o un dog sitter e ad inviarlo presso la *residenza* dell'*Assicurato*.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 200 per sinistro.

D PRESTAZIONI NEL CORSO DI UN VIAGGIO

1. INTERPRETE A DISPOSIZIONE

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

2. RIENTRO SANITARIO

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

- ◆ organizzare il trasferimento dell'*Assicurato* nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra:
 - aereo sanitario appositamente equipaggiato (**esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo**);
 - aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
 - treno (prima classe);
 - autoambulanza;
 - altri mezzi adatti alla circostanza;
- ◆ fare assistere l'*Assicurato* durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico, se necessario. In caso contrario l'*Assicurato* verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

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

3. RIENTRO FUNERARIO

Qualora l'*Assicurato* deceda nel corso di un viaggio, la *Centrale Operativa* provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto tutte le formalità.

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 10.000 per sinistro.

Restano a carico dei familiari dell'Assicurato le spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo, oppure in caso di disposizioni di legge del luogo che ne impediscano il trasporto o se l'*Assicurato* ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la *Centrale Operativa* mette a disposizione di un familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica), o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto.



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

4. ASSISTENZA AI FIGLI MINORI

Qualora l'*Assicurato*, nel corso di un viaggio, sia nell'impossibilità d'occuparsi di figli minori che viaggiano con lui, la *Centrale Operativa*:

- ◆ mette a disposizione di una persona, incaricata di prendersi cura di loro, un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
- ◆ prenota per la persona incaricata un albergo. **La prestazione opera fino alla concorrenza di € 500 per *Assicurato* e solo per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.**

5. INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO

Qualora, nel corso di un viaggio all'estero, una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e prescritta all'*Assicurato* dal medico curante fosse introvabile sul posto, la *Centrale Operativa* provvede a far pervenire quanto necessario con il mezzo più rapido tenendo conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali.

Il costo dei medicinali è a carico dell'*Assicurato* il quale provvederà, al suo rientro in Italia, a rimborsare l'importo.



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

ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni sono riferite a tutte le garanzie della Sezione Assistenza

6.1 RISCHIO NON ASSICURATO

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

A guerre, insurrezioni, occupazioni militari;

B eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni e altri sconvolgimenti della natura;

C trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;

D atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;

E *infortuni* derivanti dalla pratica di:

◆ sport aerei in genere;

◆ partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore.

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

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

GESTIONE DEL *SINISTRO*

7.1 OBBLIGHI DELL'*ASSICURATO*

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

A fornire ogni informazione richiesta;

B sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;

C produrre, se richiesta dalla *Centrale Operativa*, copia della **cartella clinica completa**, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

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 RESTITUZIONE DI BIGLIETTI DI VIAGGIO

Reale Mutua ha diritto di richiedere all'*Assicurato* o a chi per esso l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato, nel caso in cui la *Centrale Operativa* abbia provveduto al suo rientro.



CONDIZIONI GENERALI

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

ART. 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 e s.m.i.

ART. 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.

ART. 3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Ferma la facoltà del *Contraente* di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di 60 giorni, l'assicurazione cessa alla "scadenza del contratto" indicata nel *modulo di polizza*, senza necessità di disdetta.

ART. 4 INDICIZZAZIONE

La *polizza* è indicizzata e pertanto si adegua seguendo le variazioni dell'Indice Spese Mediche, rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto.

Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

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

ART. 5 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ' - *POLIZZE* DI DURATA ANNUALE

Il premio di ogni garanzia della Sezione *Malattie*, relativamente alle *polizze* di durata annuale, è incrementato ad ogni scadenza annuale 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 Articolo 4.



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

ART. 6 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Relativamente alla Sezione *Malattie*, 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".

ART. 7 ONERI FISCALI

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

ART. 8 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 9 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 10 FORO COMPETENTE

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



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

TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ SULLE POLIZZE DI DURATA ANNUALE

GARANZIA RICOVERI - OPZIONI STANDARD E TOP

Età	% incremento premio per età					
	Zona 1		Zona 2		Zona 3	
	Ricoveri Standard	Ricoveri Top	Ricoveri Standard	Ricoveri Top	Ricoveri Standard	Ricoveri Top
0	-	-	-	-	-	-
1	15,50%	10,47%	15,29%	10,24%	15,33%	10,47%
2	13,42%	9,74%	13,78%	9,60%	13,87%	9,47%
3	11,83%	8,63%	11,66%	8,76%	11,68%	8,97%
4	10,58%	7,95%	10,84%	8,05%	10,45%	7,94%
5	9,57%	7,36%	9,42%	7,21%	9,88%	7,36%
6	8,73%	6,86%	8,61%	6,95%	8,61%	6,85%
7	8,29%	6,60%	8,23%	6,50%	7,93%	6,41%
8	7,42%	6,02%	7,32%	6,10%	7,35%	6,03%
9	6,90%	5,68%	7,09%	5,75%	7,14%	5,89%
10	6,46%	5,37%	6,37%	5,26%	6,39%	5,37%
11	6,07%	5,24%	6,22%	5,17%	6,01%	5,09%
12	5,72%	4,85%	5,64%	4,91%	5,91%	4,85%
13	5,41%	4,62%	5,54%	4,68%	5,35%	4,62%
14	5,13%	4,42%	5,06%	4,47%	5,08%	4,42%
15	4,88%	4,35%	4,81%	4,14%	5,04%	4,39%
16	4,65%	4,05%	4,77%	4,11%	4,60%	4,05%
17	4,59%	3,90%	4,38%	3,95%	4,40%	3,90%
18	4,25%	3,75%	4,36%	3,80%	4,40%	3,75%
19	4,08%	3,61%	4,02%	3,66%	4,04%	3,61%
20	3,92%	3,59%	4,02%	3,42%	3,88%	3,49%
21	3,77%	3,37%	3,72%	3,41%	3,90%	3,50%
22	3,63%	3,26%	3,59%	3,30%	3,59%	3,26%
23	3,51%	3,16%	3,60%	3,20%	3,47%	3,15%
24	3,39%	3,14%	3,34%	3,10%	3,50%	3,06%
25	3,28%	2,97%	3,36%	2,91%	3,24%	2,97%
26	3,28%	2,88%	3,13%	2,92%	3,14%	2,88%
27	3,07%	2,80%	3,15%	2,84%	3,17%	2,90%
28	2,98%	2,72%	2,94%	2,76%	2,95%	2,72%
29	2,89%	2,72%	2,97%	2,60%	2,86%	2,65%
30	2,81%	2,58%	2,77%	2,62%	2,91%	2,58%



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

Età	% incremento premio per età					
	Zona 1		Zona 2		Zona 3	
	Ricoveri Standard	Ricoveri Top	Ricoveri Standard	Ricoveri Top	Ricoveri Standard	Ricoveri Top
31	2,74%	2,52%	2,70%	2,55%	2,71%	2,52%
32	2,15%	1,98%	2,22%	2,00%	2,18%	2,00%
33	1,68%	1,60%	1,68%	1,57%	1,68%	1,60%
34	1,32%	1,18%	1,36%	1,16%	1,32%	1,14%
35	1,06%	0,85%	0,96%	0,92%	0,98%	0,95%
36	0,73%	0,64%	0,76%	0,61%	0,86%	0,60%
37	1,12%	0,90%	1,13%	0,90%	1,07%	0,85%
38	1,35%	1,14%	1,40%	1,12%	1,37%	1,19%
39	1,64%	1,32%	1,66%	1,33%	1,67%	1,34%
40	2,00%	1,61%	1,90%	1,60%	1,85%	1,57%
41	2,11%	1,83%	2,13%	1,79%	2,22%	1,79%
42	2,44%	1,98%	2,43%	2,04%	2,46%	2,00%
43	2,67%	2,17%	2,63%	2,14%	2,60%	2,19%
44	2,81%	2,41%	2,89%	2,43%	2,81%	2,38%
45	3,08%	2,53%	2,97%	2,51%	3,10%	2,54%
46	3,18%	2,68%	3,20%	2,70%	3,18%	2,70%
47	3,34%	2,88%	3,40%	2,82%	3,34%	2,84%
48	3,48%	2,95%	3,44%	2,99%	3,48%	2,97%
49	3,55%	3,07%	3,61%	3,08%	3,61%	3,09%
50	3,71%	3,17%	3,69%	3,16%	3,63%	3,19%
51	3,75%	3,27%	3,75%	3,23%	3,81%	3,22%
52	3,88%	3,35%	3,87%	3,34%	3,81%	3,36%
53	3,89%	3,37%	3,91%	3,44%	3,95%	3,43%
54	3,95%	3,47%	3,94%	3,43%	3,93%	3,43%
55	3,99%	3,52%	3,96%	3,51%	3,97%	3,54%
56	3,98%	3,52%	4,03%	3,58%	4,01%	3,52%
57	4,05%	3,60%	4,03%	3,55%	4,03%	3,56%
58	4,02%	3,58%	4,02%	3,60%	4,05%	3,64%
59	4,07%	3,64%	4,06%	3,65%	4,00%	3,60%
60	4,03%	3,62%	4,04%	3,60%	4,05%	3,66%
61	4,02%	3,66%	4,02%	3,67%	4,05%	3,62%
62	4,01%	3,63%	3,99%	3,62%	3,99%	3,63%
63	3,96%	3,62%	4,00%	3,64%	3,98%	3,63%
64	3,98%	3,62%	3,97%	3,62%	3,96%	3,62%



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

Età	% incremento premio per età					
	Zona 1		Zona 2		Zona 3	
	Ricoveri Standard	Ricoveri Top	Ricoveri Standard	Ricoveri Top	Ricoveri Standard	Ricoveri Top
65	3,93%	3,61%	3,93%	3,59%	3,94%	3,61%
66	3,90%	3,60%	3,89%	3,60%	3,91%	3,60%
67	3,91%	3,58%	3,89%	3,57%	3,89%	3,58%
68	3,82%	3,56%	3,84%	3,57%	3,86%	3,56%
69	3,82%	3,54%	3,80%	3,54%	3,79%	3,54%
70	3,78%	3,52%	3,79%	3,50%	3,79%	3,52%
71	3,71%	3,50%	3,72%	3,50%	3,72%	3,51%
72	3,72%	3,42%	3,70%	3,43%	3,71%	3,42%
73	3,68%	3,46%	3,65%	3,44%	3,67%	3,42%
74	3,59%	3,38%	3,65%	3,38%	3,63%	3,42%
75	3,62%	3,39%	3,57%	3,38%	3,59%	3,36%

Legenda

Zona 1: Residenti in Lazio, Liguria o in provincia di Biella, Milano, Torino.

Zona 2: Residenti in Campania, Valle d'Aosta o in provincia di Asti, Alessandria, Cuneo, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli, Varese, Como, Sondrio, Bergamo, Brescia, Pavia, Cremona, Mantova, Lecco, Lodi, Monza-Brianza, Lucca, Firenze, Arezzo, Palermo.

Zona 3: Residenti in Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sardegna o in provincia di Massa Carrara, Pistoia, Livorno, Pisa, Siena, Grosseto, Prato, Trapani, Messina, Agrigento, Caltanissetta, Enna, Catania, Ragusa, Siracusa.



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

GARANZIA RICOVERI – OPZIONE GRAVI PATOLOGIE E GARANZIA SPECIALISTICHE – OPZIONI STANDARD E TOP

% incremento premio per età			
Età	Ricoveri Gravi Patologie	Specialistica Standard	Specialistica Top
0	-	-	-
1	5,97%	8,96%	3,00%
2	5,63%	8,22%	2,91%
3	5,33%	6,33%	2,83%
4	5,06%	7,14%	2,75%
5	4,82%	6,67%	2,68%
6	4,60%	6,25%	2,61%
7	4,40%	5,88%	2,54%
8	4,21%	5,56%	2,07%
9	4,04%	5,26%	2,43%
10	3,88%	5,00%	2,37%
11	3,74%	4,76%	2,32%
12	3,60%	4,55%	2,26%
13	3,48%	4,35%	2,21%
14	3,36%	4,17%	2,17%
15	3,25%	4,00%	2,12%
16	3,15%	3,85%	2,08%
17	3,05%	3,70%	2,03%
18	2,96%	3,57%	1,99%
19	2,88%	3,45%	1,95%
20	2,80%	3,33%	1,92%
21	2,72%	2,69%	1,88%
22	2,65%	3,14%	1,54%
23	2,58%	3,05%	1,82%
24	2,52%	2,96%	1,79%
25	2,45%	2,87%	1,75%
26	2,40%	2,79%	1,72%
27	2,34%	2,71%	1,69%
28	2,29%	2,64%	1,67%
29	2,23%	2,58%	1,64%
30	2,19%	2,51%	1,61%
31	2,14%	2,45%	1,59%
32	2,09%	2,39%	1,56%
33	2,05%	2,33%	1,54%
34	2,01%	2,28%	1,52%
35	1,97%	2,23%	1,49%
36	1,93%	2,18%	1,47%



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

% incremento premio per età			
Età	Ricoveri Gravi Patologie	Specialistica Standard	Specialistica Top
37	1,90%	2,14%	1,21%
38	1,86%	2,09%	1,43%
39	1,83%	1,71%	1,41%
40	1,79%	2,01%	1,39%
41	1,76%	1,64%	1,14%
42	1,73%	1,62%	1,13%
43	7,66%	1,59%	1,34%
44	7,11%	2,19%	1,77%
45	7,38%	2,15%	1,74%
46	7,56%	2,10%	1,92%
47	7,03%	2,65%	2,09%
48	6,87%	2,58%	2,25%
49	6,70%	2,51%	2,40%
50	6,54%	3,00%	2,54%
51	6,63%	2,91%	2,67%
52	6,22%	2,83%	2,60%
53	6,29%	3,25%	2,90%
54	5,92%	3,15%	2,99%
55	5,97%	3,05%	2,91%
56	5,82%	3,42%	3,16%
57	5,67%	3,30%	3,06%
58	5,53%	3,20%	3,13%
59	5,24%	3,51%	3,33%
60	5,27%	3,39%	3,23%
61	5,29%	3,28%	3,27%
62	5,02%	3,55%	3,30%
63	4,91%	3,43%	3,33%
64	4,80%	3,32%	3,35%
65	4,69%	3,55%	3,37%
66	4,70%	3,43%	3,38%
67	4,49%	3,31%	3,27%
68	4,50%	3,51%	3,39%
69	4,30%	3,39%	3,39%
70	4,31%	3,28%	3,28%
71	4,23%	3,46%	3,35%
72	4,22%	3,47%	3,24%
73	4,05%	3,11%	3,33%
74	3,75%	3,38%	3,40%
75	3,97%	3,27%	3,11%



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

ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Malattia oncologica maligna o cancro	<p>Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti.</p> <p>Sono escluse la leucemia linfatica cronica, i tumori cutanei basocellulari (basaliomi) e il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ).</p> <p>La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da specifica e circostanziata certificazione ospedaliera.</p>
Coronaropatia con necessità di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche	<p>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 simili.</p>
Infarto del miocardio	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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	<p>La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti simili) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di Pronto Soccorso.</p>
Ictus cerebrale (colpo apoplettico)	<p>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).</p>



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 simili) 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. E' richiesta una diagnosi di uno specialista neurologo che confermi chiari episodi deficitari neurologici con alterazioni della coordinazione motoria e/o sensoriale ed implicanti un punteggio "EDSS" maggiore di 5.
Distrofia muscolare	La distrofia muscolare si riferisce ad un gruppo di miopatie generiche degenerative caratterizzate da astenia ed atrofia del muscolo senza coinvolgimenti del sistema nervoso. I diversi tipi si distinguono a seconda dell'epoca di insorgenza, localizzazione e progressione della malattia. La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi.
Fratture vertebrali, delle ossa faciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti simili) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie epatiche che richiedono resezioni chirurgiche	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) 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 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 simili) 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 simili) 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 simili) 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 simili) 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 simili) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: <ul style="list-style-type: none"> ◆ 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.



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

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
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.





**BUONGIORNO
REALE**

800-320320

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

buongiorno reale@realemutua.it

IL TUO AGENTE REALE



**REALE
MUTUA**
PARTE DEL TUO MONDO.

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



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