



Salute! Full

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

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

Il presente Set Informativo, composto da:

- Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini,
 - Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni),
 - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni),
- deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

 **ITALIANA
ASSICURAZIONI**

TOGETHER MORE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SALUTE! - FULL

**Mod. MAL50031
Ed. 07/2022**

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
ASSISTENZA - BLUE ASSISTANCE - 24 ore – 7 giorni su 7	800 042 042
SERVIZIO CLIENTI – ITALIANA ASSICURAZIONI	800 101 313

AREA RISERVATA



Dopo la sottoscrizione, all'indirizzo www.italiana.it è possibile accedere all'Area Riservata al Contraente (c.d. home insurance), per consultare e gestire telematicamente il contratto (ad esempio: pagare il premio successivo al primo, chiedere la liquidazione di un sinistro o la modifica dei propri dati personali). È possibile accedere anche tramite l'app Italiana Mobile.
L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

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

Questo prodotto si compone di due diverse Formule:

- Full
- Target

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

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

Partecipando all'iniziativa l'Assicurato che risulterà in buono stato di salute otterrà uno sconto sul premio di polizza; per maggiori dettagli si veda a riguardo l'art. 6.5 delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

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

Si specifica che saranno operanti esclusivamente le Formule, le Sezioni, le Aree e le garanzie esplicitamente richiamate nella scheda di polizza.

FORMULA FULL

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

Questa Sezione si compone delle seguenti aree e garanzie:

- Area ricovero
 - Rimborso spese mediche (obbligatoria). È possibile limitare la presente garanzia come segue:
 - Limitazione a gravi patologie
 - Limitazione a intervento chirurgico
- Area indennitaria
 - Indennità per ricovero (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Rimborso spese mediche e Rimborso spese mediche-Limitazione a intervento chirurgico)
 - Indennità per ricovero-Limitazione a gravi patologie (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Rimborso spese mediche-Limitazione a gravi patologie)
 - Diaria post ricovero (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Rimborso spese mediche e Rimborso spese mediche-Limitazione a intervento chirurgico)
 - Diaria post ricovero-Limitazione a gravi patologie (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Rimborso spese mediche-Limitazione a gravi patologie)
- Area extraricovero
 - Alta diagnostica (opzionale)
 - Diagnostica completa (opzionale)
 - Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (opzionale)

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

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

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

Le garanzie Rimborso spese mediche, Alta diagnostica, Diagnostica completa, Visite specialistiche e accertamenti diagnostici si compongono delle seguenti opzioni alternative fra di loro:

- Opzione Comfort
- Opzione Deluxe

che differiscono per massimali, scoperti e franchigie come indicato nelle Condizioni di Assicurazione.

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

Questa Sezione si compone delle garanzie:

- Con te in salute (obbligatoria)
- Con te a casa (opzionale)
- Con te in famiglia (opzionale)

FORMULA TARGET

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

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

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

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

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

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



Controlla i box di consultazione che troverai all'interno delle condizioni assicurative: ti indicheranno gli aspetti più salienti, le precisazioni utili sul contratto e spiegazioni di temi complessi.

Il testo contenuto nel box è un esempio con finalità esplicative e non ha valore contrattuale. Per l'applicazione della polizza è quindi sempre necessario fare riferimento al testo contrattuale all'origine degli esempi stessi.

INDICE

GLOSSARIO	7
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE.....	11
 1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO	11
 2 DURATA DELLA COPERTURA.....	12
 3 DISDETTA E RECESSO	13
 4 INFORMAZIONI SUL PREMIO.....	13
 5 DOVE VALE LA COPERTURA.....	14
 6 ALTRE INFORMAZIONI.....	15
FORMULA "FULL".....	17
SEZIONE TI AFFIANCO	18
 7 CHE COSA POSSO ASSICURARE	18
AREA RICOVERO - OPZIONE COMFORT	18
AREA RICOVERO - OPZIONE DELUXE	26
AREA RICOVERO - FRANCHIGIA	29
AREA EXTRARICOVERO - OPZIONE COMFORT	29
AREA EXTRARICOVERO - OPZIONE DELUXE.....	31
AREA INDENNITARIA	33
AREA NON ASSICURATIVA	34
 8 CHE COSA NON È ASSICURATO.....	35
 9 TABELLA INDICATIVA DEI LIMITI.....	37
 10 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	38
SEZIONE TI ASSISTO	44
 11 CHE COSA POSSO ASSICURARE	44
 12 CHE COSA NON È ASSICURATO.....	52
 13 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	53

FORMULA "TARGET".....	54
SEZIONE KIDS	55
 14 CHE COSA POSSO ASSICURARE	55
 15 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	59
 16 CHE COSA NON È ASSICURATO	60
 17 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO.....	61
SEZIONE DENTAL	63
 18 CHE COSA POSSO ASSICURARE	63
 19 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	64
 20 CHE COSA NON È ASSICURATO	64
 21 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO.....	65
SEZIONE FISIO	67
 22 CHE COSA POSSO ASSICURARE	67
 23 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	68
 24 CHE COSA NON È ASSICURATO	69
 25 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	70
APPENDICE 1 - TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETA	71
APPENDICE 2 - ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE.....	76
APPENDICE 3 - ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA	80

LEGENDA



CHE COSA È ASSICURATO

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle differenti coperture presenti in polizza. Ricordati che le garanzie acquistate saranno indicate nel modulo di polizza.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

Questo capitolo descrive il funzionamento di alcune garanzie indicando ad esempio l'ambito di copertura ed eventuali limitazioni dello stesso nonché i periodi all'interno del quale alcune garanzie non operano.



CHE COSA NON È ASSICURATO

Qui trovi le informazioni su quali persone non risultano assicurabili e su quali eventi sono esclusi dalla presente polizza.



TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

Riepiloga per ogni singola garanzia i limiti di indennizzo, le franchigie ed eventuali regole di abbinamento tra differenti garanzie.



CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Fornisce informazioni sulla procedura da intraprendere in caso di evento coperto dalla presente polizza. Indica i contatti a cui fare riferimento nonché la documentazione da consegnare e le tempistiche di accertamento del sinistro nonché di liquidazione dell'indennizzo.



OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

In questo capitolo sono riportati gli obblighi e gli adempimenti che derivano al contraente/assicurato all'inizio del contratto e nel corso della sua durata.



DURATA DELLA COPERTURA

Qui trovi le condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



DISDETTA E RECESSO

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle modalità di scioglimento del contratto.



INFORMAZIONI SUL PREMIO

Qui trovi le informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei premi.



ALTRE INFORMAZIONI

Qui trovi tutte le informazioni presenti nella Sezione "Norme comuni a tutte le garanzie" non indicate nei capitoli precedenti.

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

GLOSSARIO

Il significato di alcuni termini delle Condizioni di Assicurazione è riportato nel seguito.
I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

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

ASSICURATO

La persona protetta dall'assicurazione

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE

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

CARD SALUTE

La Card Salute è una carta per il riconoscimento dell'Assicurato nelle strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance, valida per tutta la durata contrattuale.

CARTELLA CLINICA

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

CENTRALE OPERATIVA

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

CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI

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

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con la Società.

DAY HOSPITAL / DAY SURGERY

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

DIRETTA BLUEASY

Strumento per la gestione dei sinistri dell'Area Extraricovero che permette agli Assicurati di fruire del pagamento diretto del sinistro senza dover contattare la Centrale Operativa di Blue Assistance.

Tramite questa dispositivo il cliente si interfaccia direttamente con la struttura sanitaria convenzionata ove intende ricevere la prestazione e, in maniera automatica, viene riconosciuto dal centro come cliente di Italiana Assicurazioni. Tale servizio prevede un processo di comunicazione via e-mail e/o SMS al cliente per la conferma che la prestazione è in copertura. Tale servizio è disponibile solo nelle strutture sanitarie abilitate a questa tipologia di accesso.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

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

GRAVE PATOLOGIA

Le patologie indicate all'Appendice 2.

INABILITÀ TEMPORANEA

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

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante – mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Sono considerati interventi chirurgici anche la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.

Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i pre-detti strumenti:

- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo (salvo le endosco-pie 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 evi-dente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della polizza.

MASSIMALE

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

NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

NUCLEO FAMILIARE (Definizione valida solo per la Sezione Ti Assisto)

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

PRESTAZIONI SANITARIE (Definizione valida solo per la Formula Target)

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

POLIZZA

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

QUESTIONARIO SANITARIO

Documento che costituisce parte integrante della polizza e descrive lo stato di salute dell'Assicurato sulla base di dichiarazioni da lui rese.

Esso deve essere compilato in modo completo e veritiero, senza omettere circostanze o informazioni sullo stato di salute in quanto è strumento per la valutazione del rischio da parte dell'assicurazione.

Il Questionario deve essere sottoscritto dall'Assicurato medesimo o, se minorenne, da chi ne esercita la potestà genitoriale.

RESIDENZA

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

RICHIESTA RIMBORSO TRAMITE UPLOAD

L'Assicurato, se in possesso delle credenziali (e-mail e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.italiana.it o dall'APP Italiana Mobile.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo).

RICOVERO

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

SCHEDA DI POLIZZA

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

SERVIZIO WWW.MYNET.BLUE

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

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

SINISTRO

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

SOCIETÀ

Italiana Assicurazioni S.p.A.

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 CHIRURGI CONVENZIONATI

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

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

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

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

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

VISITA SPECIALISTICA

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

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Norme valide per tutte le garanzie prestate dall'assicurazione.



1. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

ART. 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

ART. 1.2 ONERI FISCALI - CAMBIO DI RESIDENZA DEL CONTRAENTE

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

Nel caso in cui il Contraente, nel corso della durata del contratto, trasferisca la propria residenza in qualunque altro Stato, è obbligato a comunicarlo alla Società a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento.

Si ricorda che il trasferimento di residenza potrebbe comportare un ulteriore onere al Contraente, se previsto dall'Autorità dello Stato estero della nuova residenza. Qualora il Contraente ometta di comunicare tale variazione, la Società potrà richiedere allo stesso il pagamento di un importo pari a quello che la Società abbia eventualmente versato all'Autorità dello Stato estero.

Il Contraente si obbliga altresì a comunicare alla Società il trasferimento del proprio domicilio, se persona fisica, o della sede o stabilimento cui sono addette le persone assicurate, se persona giuridica, in Stato diverso da quello indicato al momento della stipula della polizza.

ART. 1.3 ALTRE ASSICURAZIONI

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

ART. 1.4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto nei confronti della Società dovranno essere fatte esclusivamente per iscritto, fax o posta elettronica certificata (PEC) alla Società ai seguenti indirizzi:

- Via Marco Ulpio Traiano, 18 – 20149 Milano (Italia);
- Fax: +39 02 3271270;
- PEC: italiana@pec.italiana.it.



2. DURATA DELLA COPERTURA

ART. 2.1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto può avere durata poliennale o annuale.

In caso di polizza poliennale, ferma la facoltà del Contraente di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di almeno 30 giorni, l'assicurazione cessa alla data di "scadenza del contratto" indicata nella scheda di polizza, senza necessità di disdetta.

In caso di polizza annuale il contratto può:

- prevedere il tacito rinnovo. In tal caso, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così di seguito.
- non prevedere il tacito rinnovo. In tal caso l'assicurazione cessa alla data di "scadenza del contratto" indicata nella scheda di polizza, senza necessità di disdetta.

ART. 2.2 OPZIONE DOPPIA DURATA

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

L'opzione "Doppia durata" non è acquistabile:

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

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

La Società non è obbligata a contrarre nuovamente l'assicurazione in caso di:

- d) mancato esercizio della facoltà di rinnovo da parte del Contraente entro i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto;
- e) cessato esercizio del ramo malattie da parte della Società.

ART. 2.3 SOSTITUZIONE DI POLIZZA – FORMULA FULL

In assenza di opzione "Doppia Durata", qualora la polizza sia sostituita, senza soluzione di continuità, da copertura analoga presso la Società, per lo stesso rischio, relativamente agli stessi Assicurati, si conviene che la Società estende la copertura dell'assicurazione per prestazioni sanitarie usufruite esclusivamente nei primi 30 giorni successivi alla scadenza della polizza salvo diversa regolamentazione che deve risultare dalla scheda di polizza. Resta convenuto che le predette prestazioni sanitarie siano rese necessarie da malattia diagnosticata o infortunio occorso durante la validità della polizza sostituita, sempreché non fossero già escluse dalla polizza stessa.



3. DISDETTA E RECESSO

ART. 3.1 DISDETTA

Nel caso in cui la polizza, di durata annuale, preveda il tacito rinnovo è possibile impedirne il rinnovo tramite disdetta mediante comunicazione con lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) che deve essere spedita entro 30 giorni dalla scadenza del contratto.

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

ART. 3.2 RECESSO

ART. 3.2.1 FACOLTÀ DI RECESSO PER POLIZZE POLIENNALI

In caso di polizza poliennale, il Contraente ha facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri mediante comunicazione con lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) che deve essere spedita con preavviso di almeno 30 giorni dalla scadenza del contratto.

ART. 3.2.2 DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Qualora il contratto sia concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto ha la facoltà di recedere dallo stesso inviando alla Società una lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) contenente gli elementi identificativi del contratto, oppure all'Intermediario con cui il contratto è stato concluso.

Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata A.R o della e-mail di posta elettronica certificata. La Società rimborserà la parte di premio riferito al periodo non usufruito al netto delle imposte.

4. INFORMAZIONI SUL PREMIO



ART. 4.1 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella scheda di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza.

L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

In caso di mancato pagamento del premio oltre 3 mesi dalla scadenza, le carenze di cui all'art. 8.2 decorreranno nuovamente dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

ART. 4.2 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

- al termine "Indice": l'indice spese mediche rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto;
- al termine "Indice Base": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di decorrenza della polizza o dell'ultima modifica contrattuale;
- al termine "Nuovo Indice": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di scadenza di ogni annualità di premio:

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

Viene fatta salva la facoltà da parte della Società, 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 la Società comunica la variazione al Contraente, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

ART. 4.3 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

Il premio delle garanzie della Sezione "Ti Affianco", è incrementato ad ogni annualità successiva alla stipula, in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, sulla base delle percentuali indicate nelle tabelle riportate nell'Appendice 1 di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione.

All'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione, ai sensi del precedente art. 4.2.

5. DOVE VALE LA COPERTURA



L'assicurazione vale in tutto il mondo.

6. ALTRE INFORMAZIONI

ART. 6.1 TERMINI DI RINUNCIA ALLA RIVALSA

Relativamente alla Sezione "Ti affianco", la Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia esclusivamente per la garanzia "Indennità sostitutiva del rimborso". Inoltre, per la Formula Target, la Società rinuncia al diritto di rivalsa verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 6.2 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

Per tutte le garanzie, ad eccezione delle garanzie di assistenza e dei servizi non assicurativi, in caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra l'Assicurato e la Società, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria e/o agli Organismi di Mediazione accreditati ai sensi del D. Lgs. 28/2010:

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

b) mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista alla lettera a) del presente articolo, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

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

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

ART. 6.3 FORO COMPETENTE

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

ART. 6.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 6.5 MODALITÀ DI ACCESSO ALLO SCONTO SALUTE

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

- a) Indice di Massa Corporea compreso tra 19 e 27
 - b) Pressione arteriosa minima compresa tra 60 e 85 mm/hg
 - c) Pressione arteriosa massima compresa tra 90 e 130 mm/hg
 - d) Colesterolo inferiore a 250 mg/dl
 - e) Questionario sanitario senza regolamentazioni mediche (nelle garanzie in cui viene richiesta la sua compilazione)
- I parametri di cui alle lettere b), c), d) si intendono validi nel caso in cui l'Assicurando non assuma abitualmente farmaci per il controllo della colesterolemia e della pressione arteriosa.

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

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

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

FORMULA "FULL"

SEZIONE TI AFFIANCO

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni rese nel questionario sanitario, che forma parte integrante della polizza. È necessario che l'Assicurato risponda in maniera precisa e veritiera, senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute, alle domande previste dal questionario sanitario.

Per la sola garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE non è richiesta la compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato, ferme restando le esclusioni dell'art. 8.1 ESCLUSIONI.



7. CHE COSA POSSO ASSICURARE

La Società presta le garanzie indicate solo se esplicitamente richiamate sulla scheda di polizza.

AREA RICOVERO - OPZIONE COMFORT

Le esclusioni sono indicate agli artt. 8.1 ESCLUSIONI e 8.2. DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 7.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE, 7.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE, 7.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A INTERVENTO CHIRURGICO sono alternative fra di loro.

ART. 7.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE

ART. 7.1.1 OGGETTO

A SPESE DURANTE IL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero o intervento chirurgico reso necessario da malattia o da infortunio indennizzabili a termini di polizza, la Società paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.1.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 1) 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;
- 2) rette di degenza;
- 3) 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, la Società paga le spese per il loro acquisto con il massimo di euro 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;
- 4) 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 euro 5.500 per le protesi;
- 5) vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria, con il massimo di euro 2.000 per persona e per anno assicurativo;

6) 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 euro 2.500 per sinistro.

B PARTO

In caso di ricovero per parto, naturale o cesareo, la Società paga le spese indicate alla lettera A del presente articolo.

Sono operanti i seguenti limiti di indennizzo per sinistro:

- euro 3.000 in caso di parto naturale;
- euro 6.000 in caso di parto cesareo.

Qualora il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o il parto avvenga a domicilio, la Società corrisponde un indennizzo forfettario di euro 1.500.

La Società paga inoltre le spese relative alle prestazioni sanitarie eseguite dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto, purché siano inerenti allo stato di gravidanza e fino alla concorrenza di euro 300 per tutto il periodo suindicato.

Le spese successive al ricovero per parto si intendono pertanto escluse.

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

La Società paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi purché inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico, con le modalità previste all'art. 7.1.2 OPERATIVITÀ:

- 1) visite specialistiche;
- 2) accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici);
- 3) trattamenti di fisiokinesiterapia;
- 4) trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo;
- 5) 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, la Società paga, con il massimo di euro 2.500 per sinistro, le spese sostenute dall'accompagnatore dell'Assicurato per il viaggio in treno o in aereo di linea e, in caso di provata indisponibilità della struttura ospedaliera, quelle per il vitto ed il pernottamento in struttura alberghiera.

E TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

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

F INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

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

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

In caso di dialisi, anche in assenza di ricovero, la Società corrisponde euro 150 per ogni applicazione con un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.

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

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

G TERAPIE ONCOLOGICHE

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

H ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

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

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

o, in alternativa, a scelta dell'Assicurato:

- assistenza infermieristica professionale a domicilio.

I CURA PER A.I.D.S.

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

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

J MEDICINA PREVENTIVA

La Società paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni:

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

b) per i minori di 18 anni di età: visita ortodontica;

c) per i maggiori di 18 anni di età:

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

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

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

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

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

K CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della polizza la garanzia "Rimborso Spese Mediche", di cui al presente art. 7.1, 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 suddetta garanzia opera secondo l'opzione acquistata dalla madre.

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

ART. 7.1.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance, la Società:

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

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, di cui all'art. 7.1.1 C, sono rimborsate integralmente se effettuate in strutture sanitarie convenzionate con medici convenzionati o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati si applica uno scoperto del 30%.

B MASSIMALE

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



Esempio di rimborso per la garanzia "Rimborso spese mediche" nel caso in cui sia stata scelta l'Opzione Comfort:

- Spese effettuate durante il ricovero pari a 5.000 €
- Somma assicurata pari a 300.000 €: il costo della prestazione, quindi, rientra nel massimale.
- Se il ricovero o l'intervento chirurgico è avvenuto presso una struttura sanitaria non convenzionata con Blue Assistance o presso una struttura convenzionata, ma senza preventiva autorizzazione con Blue Assistance operano i seguenti limiti all'indennizzo:
 - Scoperto 30% (minimo 100 €)
- Importo scoperto che rimane a carico dell'Assicurato ammonta al 30% delle spese sostenute, ovvero € 5.000*30% = € 1.500.
- L'importo liquidato dunque è dato da € 5.000 - € 1.500 = € 3.500

ART. 7.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE

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

ART. 7.2.1 OGGETTO

A SPESE DURANTE IL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero o intervento chirurgico reso necessario da grave patologia indennizzabile a termini di polizza, la Società paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.2.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 1) 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;
- 2) rette di degenza;

- 3) 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, la Società paga le spese per il loro acquisto con il massimo di euro 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;
- 4) 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 euro 5.500 per le protesi;
- 5) vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria, con il massimo di euro 2.000 per persona e per anno assicurativo;
- 6) 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 euro 2.500 per sinistro.
In caso di ricovero dovuto a ictus cerebrale o a paralisi, che non comporti intervento chirurgico, la Società riconosce le prestazioni assicurate per un massimo di 60 giorni di ricovero per anno assicurativo.

B SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

La Società paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi purché inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico resi necessari da grave patologia, con le modalità previste all'art. 7.2.2 OPERATIVITÀ:

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

C RICOVERO ALL'ESTERO

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

D TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

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

E INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

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

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

In caso di dialisi, anche in assenza di ricovero, la Società corrisponde euro 150 per ogni applicazione con un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.

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

F TERAPIE ONCOLOGICHE

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

G ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

In caso di malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'Assicurato, che comporta la non autosufficienza, la Società paga, con il massimo di euro 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, la Società mette a disposizione dell'Assicurato una somma di euro 5.500.

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

I MEDICINA PREVENTIVA

La Società paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni:

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

b) per i minori di 18 anni di età: visita ortodontica;

c) per i maggiori di 18 anni di età:

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

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

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

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

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

J CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della polizza la garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE, di cui al presente art. 7.2, 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 copertura in favore del neonato cessa con il compimento del primo anno di vita e laddove venisse richiesta una nuova copertura malattie a favore del nato, decorso l'anno di vita, la Società si riserva la facoltà di includere o meno in garanzia il neonato e in caso positivo di determinare le condizioni di assicurazione e il premio relativo.

ART. 7.2.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici chirurghi non convenzionati con Blue Assistance, o di utilizzo di strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati senza preventivo accordo con Blue Assistance, la Società rimborsa le spese

relative alle prestazioni erogate all'Assicurato, con l'applicazione di uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a euro 100 e superiore a euro 5.000 per sinistro.

È inoltre previsto un limite di indennizzo al giorno per la retta di degenza di euro 400 (IVA INCLUSA).

In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance, la Società:

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

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico, di cui all'art. 7.2.1 B, sono rimborsate integralmente se effettuate in strutture sanitarie convenzionate con medici convenzionati o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati si applica uno scoperto del 30%.

B MASSIMALE

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

ART. 7.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A INTERVENTO CHIRURGICO

ART. 7.3.1 OGGETTO

A SPESE DURANTE L'INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di intervento chirurgico reso necessario da malattia o da infortunio indennizzabili a termini di polizza, la Società paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.3.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute per l'intervento chirurgico dall'Assicurato per:

- 1) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti di fisiokinesiterapia, trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo e terapeutico, medicinali, accertamenti diagnostici, inerenti all'intervento chirurgico;
- 2) rette di degenza;
- 3) 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, la Società paga le spese per il loro acquisto con il massimo di euro 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;
- 4) vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria, con il massimo di euro 2.000 per persona e per anno assicurativo;
- 5) 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 euro 2.500 per sinistro.

B PARTO

In caso di ricovero per parto, naturale o cesareo, la Società paga le spese indicate alla lettera A del presente articolo.

Sono operanti i seguenti limiti di indennizzo per sinistro:

- euro 3.000 in caso di parto naturale;
- euro 6.000 in caso di parto cesareo.

Qualora il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o il parto avvenga a domicilio, la Società corrisponde un indennizzo forfettario di euro 1.500.

Le spese precedenti e successive al ricovero per parto si intendono pertanto escluse.

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

La Società paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi purché inerenti all'intervento chirurgico, con le modalità previste all'art. 7.3.2 OPERATIVITÀ:

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

D INTERVENTO CHIRURGICO ALL'ESTERO

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

E TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

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

F INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

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

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

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

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

G MEDICINA PREVENTIVA

La Società paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni:

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

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

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

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

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

H CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della polizza la garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A INTERVENTO CHIRURGICO, di cui al presente art. 7.3, opera gratuitamente per gli interventi chirurgici nel primo anno di vita, anche per malformazioni, difetti fisici o malattie congenite, **sempreché la madre – che deve essere assicurata – non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.**

La copertura in favore del neonato cessa con il compimento del primo anno di vita e laddove venisse richiesta una nuova copertura malattie a favore del nato, decorso l'anno di vita, la Società 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.

ART. 7.3.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance, la Società 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, la Società rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'Assicurato, **con l'applicazione di uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a euro 100 e superiore a euro 5.000 per sinistro.**

È inoltre previsto un limite di indennizzo al giorno per la retta di degenza di euro 400 (IVA INCLUSA).

In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance, la Società:

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

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, di cui all'art. 7.3.1 C, sono rimborsate integralmente se effettuate in strutture sanitarie convenzionate con medici convenzionati o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o medici non convenzionati **si applica uno scoperto del 30%.**

B MASSIMALE

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

AREA RICOVERO - OPZIONE DELUXE

Le esclusioni sono indicate agli artt.8.1 ESCLUSIONI e 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

ART. 7.4 RIMBORSO SPESE MEDICHE

ART. 7.4.1 OGGETTO

A SPESE DURANTE IL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero o intervento chirurgico reso necessario da malattia o da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.4.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 1) 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;
- 2) rette di degenza;
- 3) intervento chirurgico; sono compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicar-

si, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso. In caso di sostituzione di detti apparecchi e protesi determinata da necessità medica, la Società paga le spese per il loro acquisto con il massimo di euro 5.000 per sinistro; sono compresi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da infortunio purchè comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico;

- 4) 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 euro 5.500 per le protesi;
- 5) vitto e pernottamento dell'accompagnatore nella struttura sanitaria, con il massimo di euro 2.000 per persona e per anno assicurativo;
- 6) 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 euro 2.500 per sinistro.

B PARTO

In caso di ricovero per parto, naturale o cesareo, la Società paga le spese indicate alla lettera A del presente articolo.

Sono operanti i seguenti limiti di indennizzo per sinistro:

- euro 5.000 in caso di parto naturale;
- euro 10.000 in caso di parto cesareo.

Qualora il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o il parto avvenga a domicilio, la Società corrisponde un indennizzo forfettario di euro 1.500.

La Società paga inoltre le spese relative alle prestazioni sanitarie eseguite dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto, purché siano inerenti allo stato di gravidanza e fino alla concorrenza di euro 500 per tutto il periodo suindicato.

Le spese successive al ricovero per parto si intendono pertanto escluse.

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

La Società paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi purché inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico, con le modalità previste all'art. 7.4.2 OPERATIVITÀ:

- 1) visite specialistiche;
- 2) accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici);
- 3) trattamenti di fisiokinesiterapia;
- 4) trattamenti medici specialistici a carattere riabilitativo;
- 5) 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, la Società paga, con il massimo di euro 2.500 per sinistro, le spese sostenute dall'accompagnatore dell'Assicurato per il viaggio in treno o in aereo di linea e, in caso di provata indisponibilità della struttura ospedaliera, quelle per il vitto ed il pernottamento in struttura alberghiera.

E TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

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

F INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

Qualora il ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato non sostenga in proprio alcuna spesa, la Società corrisponde euro 300 per ogni pernottamento in struttura sanitaria o per ogni giorno di degenza in day hospital/day surgery.

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

In caso di dialisi, anche in assenza di ricovero, la Società corrisponde euro 300 per ogni applicazione con un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.

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

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

G TERAPIE ONCOLOGICHE

Anche in assenza di ricovero, la Società paga le spese sostenute dall'Assicurato per chemioterapia e radioterapia praticate per la cura delle neoplasie maligne.

H ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

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

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

o, in alternativa, a scelta dell'Assicurato:

- assistenza infermieristica professionale a domicilio.

I CURA PER A.I.D.S.

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

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

J MEDICINA PREVENTIVA

La Società paga le spese sostenute dall'Assicurato per le seguenti prestazioni:

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

b) per i minori di 18 anni di età: visita ortodontica;

c) per i maggiori di 18 anni di età:

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

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

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

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

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

K CURE AL NEONATO

Per i nati durante la validità della polizza la garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE, di cui al presente art. 7.4, opera gratuitamente nel primo anno di vita, anche per malformazioni, difetti fisici o malattie congenite, sempreché la madre – che deve essere assicurata – non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.

La garanzia opera secondo l'opzione acquistata dalla madre.

La copertura in favore del neonato cessa con il compimento del primo anno di vita e laddove venisse richiesta una nuova copertura malattie a favore del nato, decorso l'anno di vita, la Società 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.

ART. 7.4.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

In caso di utilizzo di strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance, la Società 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, la Società rimborsa le spese relative alle prestazioni erogate all'Assicurato.

In caso di utilizzo di medici non convenzionati presso strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance, la Società:

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

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, di cui all'art. 7.4.1 C, sono rimborsate integralmente.

B MASSIMALE

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

AREA RICOVERO - FRANCHIGIA

ART. 7.5 OPERATIVITÀ DELLA FRANCHIGIA E RIDUZIONE DEGLI INDENNIZZI FORFETTARI

(Operante solo se richiamata sulla scheda di polizza per la garanzia di riferimento e nella misura indicata)

Relativamente alle garanzie dell'Area Ricovero - Comfort (Rimborso spese mediche, Rimborso Spese mediche - Limitazione a intervento chirurgico) e dell'Area Ricovero - Deluxe (Rimborso spese mediche) in caso di sinistro resta a carico dell'Assicurato l'importo di franchigia indicato sulla scheda di polizza.

I seguenti indennizzi vengono così ridotti:

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

Ove previsti scoperti nelle presenti Condizioni di Assicurazione la franchigia opera in sostituzione di questi.

La franchigia non sostituisce eventuali scoperti derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato alla scheda di polizza.

AREA EXTRARICOVERO - OPZIONE COMFORT

Le esclusioni sono indicate agli artt.8.1 ESCLUSIONI e 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 7.6 ALTA DIAGNOSTICA, 7.7 DIAGNOSTICA COMPLETA, 7.8 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI sono alternative fra di loro.

ART. 7.6 ALTA DIAGNOSTICA

ART. 7.6.1 OGGETTO

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.6.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie acquistate:

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

ART. 7.6.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

B MASSIMALE

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



Esempio di rimborso per la garanzia "Alta Diagnostica" nel caso in cui sia stata scelta l'Opzione Comfort:

- Spesa per una TAC all'addome superiore pari a 250 €
- La somma assicurata è pari a 3.000 €: il costo della prestazione, quindi, rientra nel massimale
- Se la prestazione è stata svolta presso una struttura sanitaria non convenzionata con Blue Assistance o presso una struttura convenzionata, ma senza preventiva autorizzazione con Blue Assistance operano i seguenti limiti all'indennizzo:
 - Scoperto 30% (minimo 50 €)
- Importo scoperto che rimane a carico dell'Assicurato ammonta al 30% del danno, ovvero $€ 250 \cdot 30\% = € 75$.
L'importo liquidato dunque è dato da $€ 250 - € 75 = € 175$

ART. 7.7 DIAGNOSTICA COMPLETA

ART. 7.7.1 OGGETTO

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.7.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio e prescritti dal medico curante e non rientranti in altre garanzie acquistate.

ART. 7.7.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

- in caso di utilizzo di una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance con una franchigia di euro 35;

- in caso di utilizzo di una struttura sanitarie non convenzionata con Blue Assistance con uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a euro 35.

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

B MASSIMALE

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

ART. 7.8 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

ART. 7.8.1 OGGETTO

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico la Società paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.8.2 OPERATIVITÀ, le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'Assicurato per:

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

ART. 7.8.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

in caso di utilizzo di una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance con una franchigia di euro 35;

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

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

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

B MASSIMALE

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

AREA EXTRARICOVERO - OPZIONE DELUXE

Le esclusioni sono indicate agli artt. 8.1 ESCLUSIONI e 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 7.9 ALTA DIAGNOSTICA, 7.10 DIAGNOSTICA COMPLETA e 7.11 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI sono alternative fra di loro.

ART. 7.9 ALTA DIAGNOSTICA

ART. 7.9.1 OGGETTO

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.9.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie acquistate:

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

ART. 7.9.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Per ogni accertamento diagnostico, la garanzia opera:

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

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

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di euro 6.000 per persona e per anno assicurativo.

ART. 7.10 DIAGNOSTICA COMPLETA

ART. 7.10.1 OGGETTO

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico, la Società paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.10.2 OPERATIVITÀ, le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio e prescritti dal medico curante e non rientranti in altre garanzie acquistate.

ART. 7.10.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di euro 8.000 per persona e per anno assicurativo.

ART. 7.11 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

ART. 7.11.1 OGGETTO

In assenza di ricovero o di intervento chirurgico la Società paga, con i limiti e le modalità previste all'art. 7.11.2 OPERATIVITÀ, le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'Assicurato per:

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

ART. 7.11.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

- in caso di utilizzo di una struttura sanitaria convenzionata con Blue Assistance con una franchigia di euro 35;

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

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

Sono escluse le visite ed accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici, e le visite pediatriche dalla 4° in poi per anno assicurativo.

B MASSIMALE

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del massimale di euro 10.000 per persona e per anno assicurativo.

AREA INDENNITARIA

Le esclusioni sono indicate agli artt. 8.1 ESCLUSIONI e 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

ART. 7.12 INDENNITÀ PER RICOVERO

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alle garanzie di cui agli artt. 7.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE o 7.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A INTERVENTO CHIRURGICO o 7.4 RIMBORSO SPESE MEDICHE ed è alternativa alla garanzia di cui all'art. 7.13 INDENNITÀ PER RICOVERO-LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE.

ART. 7.12.1 OGGETTO

La Società corrisponde all'Assicurato, per ogni sinistro:

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

Il massimale per persona e per anno assicurativo è pari a tre volte l'indennizzo indicato sulla scheda di polizza.

Si specifica che l'indennizzo forfettario non viene riconosciuto in caso di ricovero per parto, naturale o cesareo.

Si specifica che per ogni serie di day hospital comprovata da unica cartella clinica l'indennizzo viene corrisposto una sola volta.

ART. 7.13 INDENNITÀ PER RICOVERO -LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alla garanzia di cui all'art. 7.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE ed è alternativa alla garanzia di cui all'art. 7.12 INDENNITÀ PER RICOVERO.

ART. 7.13.1 OGGETTO

In caso di ricovero o intervento chirurgico reso necessario da grave patologia, con i limiti e le indicazioni specificati nel prontuario diagnostico della tabella di cui all'Appendice 2 delle Condizioni di Assicurazione, la Società corrisponde all'Assicurato, per ogni sinistro, l'indennizzo indicato sulla scheda di polizza.

Il massimale per persona e per anno assicurativo è pari a tre volte l'indennizzo indicato in scheda di polizza.

Si specifica che per ogni serie di day hospital comprovata da unica cartella clinica l'indennità per ricovero viene corrisposta una sola volta.

ART. 7.14 DIARIA POST RICOVERO

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alle garanzie di cui agli artt. 7.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE

o 7.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A INTERVENTO CHIRURGICO o 7.4 RIMBORSO SPESE MEDICHE ed è alternativa alla garanzia di cui all'art. 7.15 DIARIA POST RICOVERO - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE.

ART. 7.14.1 OGGETTO

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

ART. 7.15 DIARIA POST RICOVERO - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alla garanzia di cui all'art. 7.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE ed è alternativa alla garanzia di cui all'art.7.14 DIARIA POST RICOVERO.

ART. 7.15.1 OGGETTO

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

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

AREA NON ASSICURATIVA

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

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

ART. 7.16 ACCESSO AL NETWORK

ART. 7.16.1 OGGETTO

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

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

ART. 7.16.2 DIRITTI DELL'ASSICURATO

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

Resta inteso che:

- a) le prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti Soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;

- b) i corrispettivi relativi alle prestazioni dei medici/ medici dentisti/centri convenzionati saranno a carico dell'Assicurato che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi;
- c) le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei medici/medici dentisti/centri convenzionati saranno fornite direttamente dagli stessi, a cui l'Assicurato si è rivolto.

ART. 7.17 OBIETTIVO PREVENZIONE

ART. 7.17.1 OGGETTO

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

ART. 7.17.2 DIRITTI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato ha diritto ad usufruire gratuitamente del servizio "Obiettivo prevenzione" per individuare gli esami diagnostici di prevenzione profilati secondo età e sesso.

Resta inteso che le informazioni relative a "Obiettivo prevenzione" sono indicative ed è sempre necessario consultarsi con un medico per verificare la coerenza delle prestazioni con il proprio stato di salute, nonché per ottenere eventuali prescrizioni.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami diagnostici e di prevenzione che lo stesso intende effettuare.

8. CHE COSA NON È ASSICURATO



Le presenti esclusioni non operano per i servizi non assicurativi di cui agli artt. 7.16 ACCESSO AL NETWORK e 7.17 OBIETTIVO PREVENZIONE

ART. 8.1 ESCLUSIONI

La Società 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 dalla Società.

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

Il limite di età alla stipula dell'assicurazione è di 74 anni. Le persone che raggiungono i 75 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio salvo deroghe che dovranno essere espressamente indicate nella scheda di polizza.

L'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata la condizione sopra prevista, ed in assenza di patto speciale, non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

La Società non presta le garanzie previste dalla presente Sezione per:

- a) infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;
- b) infortuni derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285;
- c) infortuni o malattie determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;

- d) qualora scelta la garanzia di cui all'art. 7.1 "Rimborso spese mediche" o 7.3 "Rimborso spese mediche - Limitazione a intervento chirurgico", le conseguenze di:
- infortuni occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione;
 - malattie e stati patologici noti e/o diagnosticati all'Assicurato e non dichiarati sul questionario sanitario all'atto della stipula del contratto;
 - malattie e stati patologici dichiarati sul questionario sanitario ed espressamente esclusi dalla Società con specifica clausola;
- qualora scelta la garanzia di cui all'art. 7.2 "Rimborso spese mediche - Limitazione a gravi patologie", le conseguenze di:
- infortuni occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione;
 - malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (Strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'assicurazione;
- e) malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione, salvo quanto previsto per il neonato agli artt. 7.1.1.K, 7.2.1.J, 7.3.1.H, 7.4.1.K;
- f) patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;
- g) prestazioni aventi finalità estetiche, dimagranti e fitoterapiche e relative conseguenze (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da infortunio, quest'ultimo purchè comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico);
- h) check-up di medicina preventiva salvo quanto previsto agli artt. 7.1.1 J, 7.2.1 I, 7.3.1 G, 7.4.1 J;
- i) interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- j) paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche salvo quanto previsto agli artt. 7.1.1 A 4, 7.2.1 A 4, 7.4.1 A 4;
- k) aborto volontario non terapeutico;
- l) infertilità, sterilità, impotenza;
- m) sieropositività da virus H.I.V.;
- n) conseguenze di:
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
 - guerre, insurrezioni in genere;
 - movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano;
- o) ricoveri dovuti alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi).

ART. 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA -CARENZE

Fermo quanto previsto all'art. 4.1 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE e le esclusioni dell'art. 8.1 ESCLUSIONI, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e per l'aborto post- traumatico;
- b) del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di malattie e stati patologici dichiarati sul questionario sanitario, se non diversamente regolamentati dalla Società con specifica clausola;
- c) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di malattie e stati patologici non rientranti al punto precedente;
- d) del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto (se assicurato) e le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che si dimostri, tramite esame ecografico, che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione).

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

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



9. TABELLA INDICATIVA DEI PREMI

ART. 9.1 RIEPILOGO DI FRANCHIGIE, SCOPERTI, LIMITI DI INDENNIZZO

GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE	Opzione COMFORT	Opzione DELUXE
Massimale per persona anno assicurativo	Euro 300.000	Euro 500.000
Parto naturale	Euro 3.000	Euro 5.000
Parto cesareo	Euro 6.000	Euro 10.000
Forfait per parto in SSN	Euro 1.500	Euro 1.500
Strutture/medici convenzionati	Nessuno scoperto	Nessuno scoperto
Strutture/medici non convenzionati	Scoperto 30% con un minimo non indennizzabile di € 100 e un massimo di € 5.000	Nessuno scoperto
Indennità sostitutiva per accesso in SSN	Euro 150	Euro 300
GARANZIA ALTA DIAGNOSTICA	Opzione COMFORT	Opzione DELUXE
Massimale per persona anno assicurativo	Euro 3.000	Euro 6.000
Strutture/medici convenzionati	Franchigia Euro 50	Franchigia Euro 50
Strutture/medici non convenzionati	Scoperto 30% con un minimo non indennizzabile di euro 50	Scoperto 10% con un minimo non indennizzabile di euro 50
GARANZIA DIAGNOSTICA COMPLETA	Opzione COMFORT	Opzione DELUXE
Massimale per persona anno assicurativo	Euro 4.000	Euro 8.000
Strutture/medici convenzionati	Franchigia Euro 35	Franchigia Euro 35
Strutture/medici non convenzionati	Scoperto 30% con un minimo non indennizzabile di euro 35	Scoperto 10% con un minimo non indennizzabile di euro 35
GARANZIA VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Opzione COMFORT	Opzione DELUXE
Massimale per persona anno assicurativo	Euro 5.000	Euro 10.000
Strutture/medici convenzionati	Franchigia Euro 35	Franchigia Euro 35
Strutture/medici non convenzionati	Scoperto 30% con un minimo non indennizzabile di euro 35	Scoperto 10% con un minimo non indennizzabile di euro 35



10. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Blue Assistance

ha sede a Torino – via Santa Maria n. 11

risponde ai numeri telefonici:

Dall'Italia

Dall'estero

Numero Verde
800-042042

+39 011 742 55 99

ART. 10.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 8.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del sinistro" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di sinistro.

La Società, 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 della Società.

ART. 10.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

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

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

ART. 10.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

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

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

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'Assicurato deve dare avviso del sinistro a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'Assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance delega la Società 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 dalla Società.

ART. 10.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA RICOVERO

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

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 ad una delle seguenti modalità:

a. Accedere all'APP Italiana Mobile, scegliere la polizza per la quale si vuole richiedere la presa in carico diretta e poi cliccare su Gestisci la tua polizza.

oppure

b. Contattare telefonicamente Blue Assistance almeno 3 giorni prima della data del ricovero e ottenere l'autorizzazione al pagamento diretto.

In mancanza di una delle modalità sopra descritte le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B.

L'elenco delle strutture sanitarie è consultabile sul sito www.italiana.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 042042 e ne ottenga conferma.

Il personale di Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati:

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

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

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

Resta convenuto che:

- l'eventuale differenza tra l'indennizzo liquidato da Blue Assistance e il costo totale della prestazione, così come eventuali scoperti o franchigie, devono essere pagati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria;
- relativamente alla garanzia di cui all'art. 7.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE, le spese sostenute per i ricoveri sono pagate direttamente solo se esiste diagnosi certa; in caso contrario Blue Assistance, ricevuta la relativa documentazione ed accertata la diagnosi, provvede a rimborsarle integralmente;
- nel caso in cui Blue Assistance non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente concordate da Blue Assistance.
- nel caso in cui il Contraente non paghi le rate di premio successive entro la scadenza della polizza, ma all'interno del periodo di mora (30 giorni), Blue Assistance, in tale periodo non potrà prendere in carico il sinistro in forma diretta.

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

L'Assicurato che utilizzi:

a) strutture sanitarie e medici non convenzionati, oppure

b) strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati senza preventivo accordo con Blue Assistance, deve:

- 1) dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it>, o dall'app Italiana Mobile allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;
- 2) 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;

3) 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).

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 alla lettera A del presente articolo), mentre l'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica.

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

D SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Le spese riferite alle prestazioni precedenti e successive al ricovero o all'intervento chirurgico, di cui agli artt. 7.1.1.C, 7.2.1.B, 7.3.1.C, 7.4.1.C, non vengono pagate direttamente da Blue Assistance ma rimborsate all'Assicurato con le regole e i limiti previsti dalla garanzia e dall'opzione scelta, indipendentemente dal convenzionamento della struttura sanitaria e dei medici chirurghi.

E UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, Blue Assistance, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede alla liquidazione dell'Indennità sostitutiva del rimborso (come indicato agli artt. 7.1.1 F, 7.2.1 E, 7.3.1. F, 7.4.1. F).

F UTILIZZO DI FONDI O MUTUE PRIVATE

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

G RICOVERO ALL'ESTERO

1. Ricovero o intervento chirurgico programmato

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

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

Resta convenuto che:

- l'eventuale differenza tra l'indennizzo liquidato da Blue Assistance e il costo totale della prestazione, così come eventuali scoperti o franchigie, devono essere pagati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria;
- relativamente alla garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE, le spese sostenute per i ricoveri sono pagate direttamente solo se esiste diagnosi certa; in caso contrario Blue Assistance, ricevuta la relativa documentazione ed accertata la diagnosi, provvede a rimborsarle integralmente;

- nel caso in cui Blue Assistance non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente concordate da Blue Assistance.
- nel caso in cui il Contraente non paghi le rate di premio successive entro la scadenza della polizza, ma all'interno del periodo di mora (30 giorni), Blue Assistance, in tale periodo non potrà prendere in carico il sinistro in forma diretta.

Il personale di Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati:

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

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

In mancanza del preventivo accordo con Blue Assistance o in caso di mancata autorizzazione del pagamento diretto, il rimborso avverrà con l'applicazione di uno scoperto del 30% che, in ogni caso non potrà essere inferiore a euro 100 né superiore a euro 5.000 per sinistro se la garanzia scelta appartiene all'Area Ricovero – Opzione Comfort, senza applicazione di scoperti se la garanzia scelta appartiene all'Area Ricovero – Opzione Deluxe, salvo eventuali franchigie e scoperti derivanti da regolamentazioni sanitarie presenti nell'allegato alla scheda di polizza.

In tal caso l'Assicurato deve:

- provvedere direttamente al pagamento delle spese;
- dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it> o dall'app Italiana Mobile, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;
- fornire, in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in caso di intervento chirurgico senza ricovero, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;
- presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, o, su richiesta da parte di Blue Assistance, documentazione equipollente a carico dell'Assicurato che vengono poi restituiti da Blue Assistance con indicazione dell'avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni).

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

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

2. Ricovero per malattia improvvisa o infortunio

Per i ricoveri all'estero resi necessari da malattia improvvisa o da infortunio accaduto all'estero, il rimborso delle spese che l'Assicurato dovesse sostenere per cure o interventi urgenti non procrastinabili ricevuti sul posto viene effettuato senza applicazioni di scoperti e franchigie.

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

L'Assicurato deve:

- provvedere direttamente al pagamento delle spese;
- dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza

o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it> o dall'app Italiana Mobile, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;

- fornire, in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in caso di intervento chirurgico senza ricovero, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria;
- presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, o, su richiesta da parte di Blue Assistance, documentazione equipollente a carico dell'Assicurato che vengono poi restituiti da Blue Assistance con indicazione dell'avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni).

Blue Assistance – verificata l'operatività della garanzia – procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

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 desunte 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.

ART. 10.5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA EXTRARICOVERO

A UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

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

a. accedere all'APP Italiana Mobile, scegliere la polizza per la quale vuole richiedere la presa in carico diretta e poi cliccare su Gestisci la tua polizza;

oppure

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

oppure

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

In mancanza di una delle modalità sopra descritte, le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B del presente articolo.

L'elenco delle strutture sanitarie è consultabile sul sito www.italiana.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 042042 e ne ottenga conferma.

Il personale di Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati:

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

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, Blue Assistance paga direttamente e provvede a raccogliere la relativa documentazione e a restituire quella di spesa all'Assicurato, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.

Al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria, l'Assicurato deve presentare la propria Card Salute e compi-

lare la "Richiesta di prestazione" che costituisce la denuncia del sinistro.

Resta convenuto che:

- l'eventuale differenza tra l'indennizzo liquidato da Blue Assistance e il costo totale della prestazione, così come eventuali scoperti o franchigie, devono essere pagati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria;
- nel caso in cui Blue Assistance non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'Assicurato deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente concordate da Blue Assistance.
- nel caso in cui il Contraente non paghi le rate di premio successive entro la scadenza della polizza, ma all'interno del periodo di mora (30 giorni), Blue Assistance, in tale periodo non potrà prendere in carico il sinistro in forma diretta.

B UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE NON CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

L'Assicurato che utilizzi:

a) strutture sanitarie non convenzionate, oppure

b) strutture sanitarie convenzionate senza preventivo accordo con Blue Assistance;

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

- dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it> o dall'app Italiana Mobile per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload, presentando le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti ad avvenuta liquidazione;
- fornire la prescrizione del medico curante attestante la malattia o l'infortunio, la diagnosi accertata in caso di visita specialistica o gli esiti degli accertamenti diagnostici;
- presentare a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che saranno poi restituiti ad avvenuta liquidazione.

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

C GARANZIA VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI - RINUNCIA ALLA FORMA DIRETTA

Il Contraente ha la facoltà di rinunciare alla presa in carico diretta della prestazione per la garanzia "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici". In tal caso si specifica che il paragrafo A del presente articolo "Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance" si intende non operante, pertanto, anche in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance, operano le stesse modalità del paragrafo B del presente articolo "Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con Blue Assistance".

ART. 10.6 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA INDENNITARIA

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

- dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it> o dall'app Italiana Mobile, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia;
- fornire, in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in caso di intervento chirurgico senza ricovero, copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successivi alla prestazione sanitaria.

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

Le spese per i certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta restano a carico dell'Assicurato.

SEZIONE TI ASSISTO



11. CHE COSA POSSO ASSICURARE

La Società presta le garanzie indicate solo se esplicitamente richiamate sulla scheda di polizza. Le esclusioni sono indicate all'art. 12 CHE COSA NON È ASSICURATO.

ART. 11.1 CON TE IN SALUTE

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

A. INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

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

1 CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di infortunio o malattia, sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologia, eventuali controindicazioni e sul reperimento delle farmacie di turno. Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.

Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

2 PRENOTAZIONE VISITE ED ESAMI

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, dietro prescrizione medica, la Centrale Operativa provvederà a prenotare le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate.

La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.

Resta a carico dell'Assicurato il costo delle visite mediche e/o degli esami.

3 TUTORING ECCELLENZE SANITARIE

L'Assicurato può accedere al servizio di Tutoring contattando la Centrale Operativa dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Il Tutor di Blue Assistance, in riferimento alla patologia o all'infortunio coperti dalla polizza, provvede a fornire le indicazioni richieste in materia di eccellenze sanitarie.

Il Tutor di Blue Assistance dell'Equipe Medica della Centrale Operativa, grazie ad un'intervista telefonica e all'eventuale acquisizione di documenti clinici, approfondisce il caso medico dell'Assicurato. Dopo la fase di valutazione personalizzata, della durata massima di 24 ore, il Tutor ricontatta l'Assicurato o la sua famiglia fornendo indicazioni sulle strutture sanitarie più idonee al caso e che risultano specializzate e all'avanguardia nello studio e nella cura medico-terapeutica.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di accesso alle strutture sanitarie di eccellenza.

B. PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 INVIO DI UN INFERMIERE

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia per un periodo non inferiore a 3 giorni, richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, assistenza infermieristica presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di euro 500 per sinistro.

2 CONSEGNA FARMACI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica - la Centrale Operativa per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia, nonché gli estremi per il recapito. La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Società.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

C. GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'Assicurato o un suo familiare, se Assicurato. Ad esempio il trasferimento dell'Assicurato in una struttura sanitaria specializzata, dopo un'accurata scelta di tempi e modi, a seconda della gravità dello stato della persona.

È importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

1 INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

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

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo nella più vicina struttura sanitaria mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

2 TRASPORTO IN AMBULANZA

Qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza dal luogo in cui si trova ad una struttura sanitaria, o da questa alla sua residenza, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede all'invio. La prestazione opera fino alla concorrenza di euro 500 per sinistro.

3 TRASFERIMENTO IN STRUTTURE SANITARIE SPECIALIZZATE

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria specializzata, anche al di fuori della regione di residenza, per essere ricoverato a seguito di infortunio o malattia, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario, provvede a:

- a) individuare e prenotare la struttura sanitaria specializzata in Italia;
- b) organizzare i contatti medici con la struttura sanitaria;
- c) trasferire l'Assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
 - aereo di linea classe economica;

- treno prima classe;
 - autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;
- tenendone il costo a carico della Società.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie.

D. PARERE MEDICO COMPLEMENTARE

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

1 SECOND OPINION

La Second Opinion è rivolta all'Assicurato affetto da una grave alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-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 o documentazione medica equipollente equipollente, esiti di esami diagnostici, referti di visite specialistiche, immagini radiografiche o quant'altro necessario).

Il medico curante, a suo giudizio, contatterà i medici della Centrale Operativa, e, di concerto con loro, valuterà necessità ed appropriatezza della richiesta di Second Opinion.

Nel caso in cui entrambi i medici ritenessero necessaria la Second Opinion, l'Assicurato disporrà l'inoltro, a sue spese e cura, di tutta la suddetta documentazione alla Centrale Operativa di Blue Assistance.

Una volta raccolta e visionata la documentazione, i medici della Centrale Operativa provvederanno a:

- individuare, grazie alla partnership di Blue Assistance con poli scientifico-sanitari di eccellenza, la struttura (ed al suo interno l'équipe medica e gli specialisti) più qualificata e più appropriata per l'esame del caso;
- elaborare eventuali quesiti di approfondimento;
- trasmettere, tramite la Centrale Operativa, la documentazione alla struttura prescelta.

La struttura, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formulerà una risposta scritta di seconda opinione medica che verrà inviata all'Assicurato, unitamente alla documentazione medica originale da questi precedentemente prodotta, per il tramite della Centrale Operativa di Blue Assistance.

La presente garanzia è fornita dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. 11.2 CON TE A CASA

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

A. INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

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

1 TUTORING MEDICO TELEFONICO PERSONALIZZATO

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

Il servizio è operante tramite contatti telefonici, programmati in base alla situazione clinica, verso l'Assicurato e, in caso di necessità verso un familiare per un resoconto, da parte della Centrale Operativa e/o dello staff medico interno di Blue Assistance.

Il servizio è attivabile una sola volta all'anno per un massimo di 30 giorni consecutivi.

2 CONSULENZA PER RIADATTAMENTO ABITAZIONE

Qualora a seguito di malattia o infortunio, che abbiano provocato un'invalidità permanente, l'Assicurato necessiti di riadattare i locali della propria abitazione, la Centrale Operativa provvede a reperire un architetto che fornisca una consulenza sui lavori da eseguire.

Resta a carico dell'Assicurato il costo della consulenza.

B. PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

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

2 INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

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

3 CONSEGNA SPESA

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica – la Centrale Operativa provvede a garantire, per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento, la consegna di generi alimentari o di prima necessità.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito.

La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - fino a due volte la settimana, previo accordo con l'Assicurato.

L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Società.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

4 SUPPORTO PSICOLOGICO

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

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

– a seguito di traumi e/o lesioni causati da infortunio o incidente stradale, risultanti dal referto del pronto soccorso pubblico; oppure

– a seguito di malattia che abbia reso necessario un ricovero presso una struttura sanitaria

la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, organizzerà, se richieste entro 60 giorni

dal sinistro, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con Blue Assistance.

La prestazione opera, previo invio della prescrizione medica con il referto del pronto soccorso, o con la cartella clinica attestante il ricovero, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

C. GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'Assicurato o un suo familiare, se Assicurato. Ad esempio l'invio di un operatore sociosanitario che supporti l'Assicurato nello svolgimento delle attività primarie, come l'alimentazione e la comunicazione, alleviando il disagio dell'intero nucleo familiare.

È importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

1 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero per infortunio o malattia di durata non inferiore a 5 giorni, necessiti, secondo il parere dei medici che lo hanno in cura, di assistenza sociosanitaria, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvederà ad inviare:

un medico o un infermiere fino a 3 volte a settimana per un massimo di 20 uscite presso la residenza;

un operatore socio-sanitario fino a 3 ore al giorno per un massimo di 120 ore presso la residenza, che fornisca aiuto per l'alimentazione, per l'igiene personale, per vestirsi e che supporti l'Assicurato e la sua famiglia nella comunicazione;

una collaboratrice domestica, usufruendone per almeno 4 ore al giorno, per un massimo di 6 settimane presso la residenza, per lo svolgimento di attività quali riordino e pulizia dell'abitazione, acquisto di farmaci e spesa, pagamenti e incombenze amministrative.

L'assistenza domiciliare integrata è operativa a partire dal 30° giorno successivo alla sottoscrizione dell'assicurazione, se attivata a seguito di malattia.

Le prestazioni erogabili presso la residenza sono operative dietro presentazione della cartella clinica o documentazione medica equipollente, attestante l'impossibilità fisica a compiere, senza l'assistenza di terzi, determinate attività della vita quotidiana.

2 PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, per infortunio o malattia certificati dal medico curante, e sia richiesta l'effettuazione di prelievi necessari per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami culturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno dei conviventi possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la residenza dell'Assicurato, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui il prelievo non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede a organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

3 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

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

a) stampelle;

b) sedia a rotelle;

c) letto ortopedico;

d) 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 della Società.

Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrez-

zature, la Società provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, fino alla concorrenza di euro 300 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'Assicurato stesso.

4 EFFETTUAZIONE DI RADIOGRAFIE ED ECOGRAFIE

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e sia richiesta l'effettuazione presso la sua residenza di una radiografia e/o di una ecografia, la Centrale Operativa, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede ad organizzare l'effettuazione dell'esame diagnostico e la successiva consegna del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

ART. 11.3 CON TE IN FAMIGLIA

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

A. PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

Qualora nei 60 giorni precedenti il parto, l'Assicurata necessiti di una permanenza a letto, come certificato da prescrizione medica, la Centrale Operativa - compatibilmente con le disponibilità locali - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico della Società fino a un massimo di 12 ore.

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurata in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurata deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.

2 ASSISTENZA OSTETRICA PRE E POST-PARTO

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

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

Durante ogni visita l'ostetrica:

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

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

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

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

3 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

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

4 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

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

5 SUPPORTO PSICOLOGICO

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

a) Post partum:

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

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

b) Per il minore:

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

- a seguito di traumi e/o lesioni causati da atti di bullismo, regolarmente denunciati alle Pubbliche Autorità;
- in caso di stress psicofisico e/o malattia causata da disturbi del comportamento alimentare;

la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, organizzerà, se richieste entro 60 giorni dal sinistro ovvero dalla denuncia alle Pubbliche Autorità o dal momento in cui è stata posta la diagnosi per la prima volta, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista.

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

6 BANCA CELLULE STAMINALI DEL CORDONE OMBELICALE

Servizio, a seguito di parto dell'Assicurata, di crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale e di assistenza a tutte le fasi preliminari presso una primaria struttura europea convenzionata.

L'attivazione della prestazione, deve essere richiesta, entro 60 giorni dalla data presunta del parto, tramite la Centrale Operativa di Blue Assistance.

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

B. GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'Assicurato o un suo familiare, se Assicurato. Ad esempio l'invio di un pediatra a domicilio, in caso di malattia improvvisa occorsa al minore, può essere molto utile e tranquillizzare i genitori in caso di irreperibilità del pediatra di famiglia.

È importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

1 INVIO DI UN PEDIATRA

Qualora l'Assicurato necessiti della visita di un pediatra presso la propria residenza per il figlio con lui convivente, ma non riesca a reperire il proprio pediatra di fiducia, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino neces-

sario, provvede ad inviare uno specialista presso la residenza.

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

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

2 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

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

- a) stampelle;
- b) sedia a rotelle;
- c) letto ortopedico;
- d) 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 della Società.

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

3 INVIO DI UN TAXI

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

4 INVIO DI UNA BABY SITTER

Qualora l'Assicurata, a seguito di ricovero per infortunio in una struttura sanitaria da cui non possa essere dimessa entro 3 giorni, o in seguito al parto, sia nell'impossibilità d'occuparsi dei figli minori con lei conviventi e nessun altro familiare possa prendersene cura, la Centrale Operativa provvede a reperire una baby sitter e ad inviarla presso la residenza dell'Assicurato per occuparsi dei minori.

La prestazione opera fino alla concorrenza di euro 500 per sinistro.

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

12. CHE COSA NON È ASSICURATO



La Società 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 dalla Società.

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

Il limite di età alla stipula dell'assicurazione è di 74 anni. Le persone che raggiungono i 75 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio salvo deroghe che dovranno risultare espressamente indicate nella scheda di polizza.

L'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata la condizione sopra prevista, ed in assenza di patto speciale, non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

La Società non eroga le prestazioni della presente Sezione qualora il sinistro sia conseguenza diretta o indiretta di:

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

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



13. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Per potere usufruire delle prestazioni indicate agli artt. 11.1 CON TE IN SALUTE, 11.2 CON TE A CASA, 11.3 CON TE IN FAMIGLIA, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri

Dall'Italia

Dall'estero

Numero Verde
800-042042

+39 011 742 55 99

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

L'Assicurato dovrà comunicare:

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

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

ART. 13.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

- fornire ogni informazione e documentazione richiesta dalla Centrale Operativa;
- sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Centrale Operativa;
- produrre, se richiesta dalla Centrale Operativa, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

La Società 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.

ART. 13.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

La Società 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. La Società 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

ART. 13.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza di cui agli artt. 11.1 CON TE IN SALUTE, 11.2 CON TE A CASA, 11.3 CON TE IN FAMIGLIA che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di Assicurazione.

FORMULA TARGET

SEZIONE KIDS

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



14. CHE COSA POSSO ASSICURARE

Le esclusioni sono indicate all'art. 16 CHE COSA NON È ASSICURATO.

ART. 14.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

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

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

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

A SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO:

- 1) prestazioni sanitarie;
- 2) trattamenti di fisiokinesiterapia;
- 3) diritti di sala operatoria, rette di degenza, farmaci e specialità medicinali;
- 4) cure e protesi dentarie.

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

B SPESE SOSTENUTE SUCCESSIVAMENTE AL RICOVERO:

- 1) prestazioni sanitarie;
- 2) trattamenti di fisiokinesiterapia;
- 3) cure e protesi dentarie rese necessarie dall'infortunio;
- 4) acquisto di protesi anatomiche fino alla concorrenza di euro 5.000 per sinistro; non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi;
- 5) noleggio o acquisto (con il limite per l'acquisto di euro 2.500 per sinistro) di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.

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

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

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

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

C SPESE SOSTENUTE IN ASSENZA DI RICOVERO

- 1) prestazioni sanitarie;
 - 2) trattamenti di fisiokinesiterapia fino alla concorrenza di euro 2.000 per sinistro;
 - 3) cure e protesi dentarie fino alla concorrenza di euro 2.000 per sinistro;
 - 4) acquisto di protesi anatomiche fino alla concorrenza di euro 5.000 per sinistro; non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi;
 - 5) noleggio o acquisto (con il limite per l'acquisto di euro 2.500 per sinistro) di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.
- Le spese indicate alla presente lettera C sono rimborsate solo se l'infortunio è comprovato da referto del Pronto Soccorso Pubblico e con l'applicazione di uno scoperto del 20% che in ogni caso non potrà essere inferiore a euro 50 per sinistro che rimane a carico dell'Assicurato.

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

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

La Società rimborsa le spese indicate alla presente lettera C se effettuate entro 180 giorni dalla data dell'infortunio.

ART. 14.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI

La Società corrisponde un indennizzo di euro 200 in caso di infortunio comprovato da referto del Pronto Soccorso Pubblico che comporti un'inabilità temporanea di almeno 20 giorni consecutivi documentata da certificazione medica e che abbia come conseguenza la mancata frequenza ad attività sportive, culturali o il mancato utilizzo di mezzi pubblici. L'Assicurato deve inoltre produrre documentazione attestante l'iscrizione ad attività sportiva, culturale o abbonamento ai mezzi pubblici.

ART. 14.3 ASSISTENZA KIDS

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

A. PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 INVIO DI UNA BABY SITTER

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

La prestazione opera fino alla concorrenza di euro 500 per sinistro.

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

2 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

Qualora l'Assicurato, nei 30 giorni successivi alla dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, debba effettuare una o più visite di controllo o esami diagnostici in una struttura sanitaria, come certificato da prescrizione medica, in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici lo valutino necessario, provvede a inviare un accompagnatore o un

mezzo di trasporto per recarsi dalla propria residenza alla struttura sanitaria interessata, tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di euro 300 per sinistro.

3 SUPPORTO PSICOLOGICO

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

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

- a seguito di traumi e/o lesioni causati da atti di bullismo, regolarmente denunciati alle Pubbliche Autorità;
- in caso di stress psicofisico e/o malattia causata da disturbi del comportamento alimentare

la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, organizzerà, se richieste entro 60 giorni dal sinistro ovvero dalla denuncia alle Pubbliche Autorità o dal momento in cui è stata posta la diagnosi per la prima volta, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con Blue Assistance.

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

B GESTIONE DELLE URGENZE

La gestione delle urgenze consiste nella presa a carico di tutte le fasi in cui insorga un'esigenza improvvisa legata ad un problema di salute, o ad un evento traumatico che colpisca l'Assicurato o un suo familiare, se Assicurato. Ad esempio l'invio di un pediatra a domicilio, in caso di malattia improvvisa occorsa al minore, può essere molto utile e tranquillizzare i genitori in caso di irreperibilità del pediatra di famiglia.

È importante specificare che l'assistenza non si sostituisce mai al servizio pubblico di emergenza svolto dal 118.

1 INVIO DI UN PEDIATRA

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

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

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

2 TRASPORTO IN AMBULANZA

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

3 RIENTRO SANITARIO

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

a) organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra:

- aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);
- aereo di linea (eventualmente barellato);
- autoambulanza;
- treno/vagone letto (prima classe);
- altri mezzi adatti alla circostanza.

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

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

4 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

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

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

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

5 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

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

- a) stampelle;
- b) sedia a rotelle;
- c) letto ortopedico;
- d) 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 della Società.

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

ART. 14.4 ACCESSO AL NETWORK

ART. 14.4.1 OGGETTO

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

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

ART. 14.4.2 MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO

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

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

ART. 14.4.3 DIRITTI DELL'ASSICURATO

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

Resta inteso che:

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

15. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



Le garanzie di cui agli artt. 14.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO e 14.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono operanti anche durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico con le modalità indicate di seguito.

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

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

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

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

Per le garanzie di cui agli artt. 14.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO e 14.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono considerati infortuni anche:

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

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

16. CHE COSA NON È ASSICURATO



La Società 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 dalla Società.

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

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 18 anni.

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

Relativamente alle garanzie di cui agli artt. 14.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO e 14.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI, la Società non indennizza gli infortuni:

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

Sono inoltre confermate le esclusioni di cui all'art.15 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO.

La Società non eroga le prestazioni della garanzia di cui all'art. 14.3 ASSISTENZA KIDS qualora il sinistro sia conseguenza diretta o indiretta di:

- m) stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;
- n) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- o) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;
- p) atti dolosi compiuti o tentati dell'Assicurato;
- q) malattie in atto e/o infortuni occorsi prima dell'effetto della polizza;
- r) uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- s) ubriachezza accertata;
- t) infortuni derivanti dalla pratica di:
 - sport aerei in genere;
 - partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore o natanti
- u) infortuni derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

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



17. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Le garanzie di cui agli artt. 14.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO e 14.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono regolamentate ai successivi artt. 17.1, 17.2 e 17.3.

La garanzia di cui all'art. 14.3 ASSISTENZA KIDS è regolamentata ai successivi artt. 17.4, 17.5, 17.6.

ART. 17.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

- a) dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza e fornire la descrizione dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;
- b) fornire, in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in assenza di ricovero, referto del Pronto Soccorso Pubblico, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere;
- c) fornire, per la garanzia di cui all'art. 14.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI, la certificazione medica sulla natura dell'infortunio e della relativa prognosi e copia della documentazione attestante l'iscrizione all'attività sportiva, culturale o abbonamento a mezzi pubblici;
- d) 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).

L'Assicurato deve inoltre acconsentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

ART. 17.2 DATA SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 17.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO, per "data del sinistro" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di sinistro.

ART. 17.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

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

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

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

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

ART. 17.4 ASSISTENZA KIDS - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per potere usufruire delle prestazioni indicate all'art. 14.3 ASSISTENZA KIDS, l'Assicurato, il Contraente o altra persona in sua voce 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



+39 011 742 55 99

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

L'Assicurato dovrà comunicare:

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

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

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

- a) fornire ogni informazione e documentazione richiesta dalla Centrale Operativa;
- 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, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

La Società 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.

ART. 17.5 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

La Società 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. La Società 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.

ART. 17.6 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza di cui all'art. 14.3 ASSISTENZA KIDS che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di Assicurazione.

SEZIONE DENTAL



18. CHE COSA POSSO ASSICURARE

Le esclusioni sono indicate all'art. 20 CHE COSA NON È ASSICURATO

ART. 18.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI

La Società paga, una sola volta per anno assicurativo, le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche, effettuate in centri odontoiatrici convenzionati, di seguito elencate con le modalità previste al successivo art. 19:

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

ART. 18.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di euro 2.000 per persona e per anno assicurativo, le spese sostenute per cure e protesi dentarie a condizione che siano causalmente ricollegate all'attuazione di terapie prescritte da un medico a seguito di un infortunio comprovato da referto di pronto soccorso pubblico.

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

La Società rimborsa le spese indicate al presente articolo se effettuate entro 180 giorni dalla data dell'infortunio.

ART. 18.3 ACCESSO AL NETWORK

ART. 18.3.1 OGGETTO

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

ART. 18.3.2 MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO

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

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

ART. 18.3.3 DIRITTI DELL'ASSICURATO

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

Resta inteso che:

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

19. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



Le garanzie di cui agli artt. 18.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI e 18.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO, sono operanti purché le prestazioni odontoiatriche siano effettuate in strutture sanitarie convenzionate, previa prenotazione tramite servizio www.mynet.blue.

Si specifica che la garanzia non è operante in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate o di strutture sanitarie convenzionate senza prenotazione tramite servizio www.mynet.blue.

Qualora l'Assicurato usufruisca delle prestazioni odontoiatriche previste dalla garanzia di cui all'art. 18.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI, è necessario effettuare un'unica denuncia di sinistro per ottenere il rimborso delle prestazioni.

Per la garanzia di cui all'art. 18.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO sono considerati infortuni anche:

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

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

20. CHE COSA NON È ASSICURATO



La Società 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 dalla Società.

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

Il limite di età alla stipula dell'assicurazione è di 74 anni. Le persone che raggiungono i 75 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio salvo deroghe che dovranno risultare espressamente indicate nella scheda di polizza.

L'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata la condizione sopra prevista, ed in assenza di patto speciale, non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

Le presenti esclusioni operano solo per la garanzia di cui all'art. 18.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO.

La Società non indennizza gli infortuni:

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

La Società non presta la garanzia per le conseguenze di infortuni occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione.



21. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 21.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per le garanzie di cui agli artt. 18.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI e 18.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO in caso di ricorso ad un centro odontoiatrico convenzionato con Blue Assistance, quest'ultima provvede al rimborso delle spese.

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

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

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

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

Per la garanzia di cui all'art. 18.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI, in caso di richiesta di rimborso per entrambe le prestazioni (visita iniziale odontoiatrica e detartrasi) è necessario effettuare un'unica denuncia di sinistro e allegare i documenti di spesa e i voucher relativi a entrambe le prestazioni.

Resta inteso che per tale garanzia non è possibile denunciare il sinistro per più di una volta nel corso dell'anno assicurativo. Per avere diritto alle prestazioni di cui alla garanzia 18.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO, in caso di infortunio l'Assicurato deve:

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

L'Assicurato deve acconsentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

ART. 21.2 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 21.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO per "data del sinistro" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di sinistro o, per la garanzia di cui all'art. 18.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI il giorno in cui vengono effettuate le prestazioni offerte dalla garanzia.

ART. 21.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

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

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

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

Il rimborso verrà effettuato al cambio 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.

SEZIONE FISIO



22. CHE COSA POSSO ASSICURARE

Le esclusioni sono indicate all'art. 24 CHE COSA NON È ASSICURATO

ART. 22.1 INDENNITÀ PER INTERVENTO A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società corrisponde un indennizzo forfettario di euro 4.000 per sinistro in caso di ricovero con intervento chirurgico con almeno un pernottamento, reso necessario da infortunio.

ART. 22.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE

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

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

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

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

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

ART. 22.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE

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

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

7) anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole.

La Società rimborsa le spese sostenute per trattamenti di fisiokinesiterapia, fino alla concorrenza di euro 5.000 per persona e per anno assicurativo purché effettuati entro un anno dal giorno dell'infortunio

ART. 22.4 ACCESSO AL NETWORK

ART. 22.4.1 OGGETTO

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

ART. 22.4.2 MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO

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

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

ART. 22.4.3 DIRITTI DELL'ASSICURATO

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

Resta inteso che:

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

23. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



Le garanzie di cui agli artt. 22.1 INDENNITÀ PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO, 22.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE e 22.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE sono operanti anche durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico con le modalità indicate di seguito.

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

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

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

- c) pratica a titolo professionistico di sport in genere;
- d) pratica di sport estremi;
- e) partecipazioni a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove;

- f) pratica di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili); pratica di bungee jumping e attività simili;
- g) pugilato;
- h) kitesurf, idroschi, rafting, canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide e simili;
- i) snowkite, salto del trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, bob-slittino-skeleton praticati su pista, alpinismo oltre il 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo. Per alpinismo / free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche;
- Per le garanzie di cui agli artt. 22.1 INDENNITÀ PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO, 22.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE e 22.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE sono considerati infortuni anche:
- 1) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo, le malattie da decompressione;
 - 2) l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
 - 3) l'asfissia non dipendente da malattia;
 - 4) le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di animali.
- Resta convenuto che la Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio stesso che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio medesimo.

24. CHE COSA NON È ASSICURATO



La Società 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 dalla Società.

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

Il limite di età alla stipula dell'assicurazione è di 74 anni. Le persone che raggiungono i 75 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio salvo deroghe che dovranno risultare espressamente indicate nella scheda di polizza.

L'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata la condizione sopra prevista, ed in assenza di patto speciale, non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

Le presenti esclusioni non operano per il servizio non assicurativo di cui all'art. 22.4 ACCESSO AL NETWORK.

La Società non indennizza gli infortuni:

- a) derivanti dalla guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, sanzionabile ai sensi dell'Art 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285;
- b) derivanti da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- c) derivanti da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d) derivanti da partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o arti- che, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- e) derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- f) derivanti da guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari;
- g) derivanti dalla pratica della speleologia;

- h) derivanti da patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze
- i) subiti dall'Assicurato in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- l) subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società / aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

Sono inoltre confermate le esclusioni di cui all'art. 23 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO.



25. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 25.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

- a) dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza e fornire la descrizione dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;
- b) fornire, in caso di ricovero copia della cartella clinica completa o, referto del Pronto Soccorso Pubblico;
- c) fornire il referto medico da cui risulti l'applicazione di mezzo di contenzione, per la garanzia di cui all'art. 22.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE;
- d) fornire, per la garanzia di cui all'art. 22.3 RIMBORSO PER LA RIABILITAZIONE, la prescrizione del medico curante e presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti ad avvenuta liquidazione e provvedere direttamente al pagamento delle spese; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006).

L'Assicurato deve acconsentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

ART. 25.2 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 25.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO per "data del sinistro" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di sinistro.

ART. 25.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

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

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

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

Il rimborso verrà effettuato al cambio 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.

APPENDICE 1 - TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

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

% incremento per età – FORMULA FULL

Sezione "TI AFFIANCO"

Area Ricovero – Opzione Deluxe

Rimborso Spese Mediche

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

% incremento per età – FORMULA FULL

Sezione "TI AFFIANCO"

Area Extra Ricovero

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

% incremento per età – FORMULA FULL

Sezione "TI AFFIANCO"

Area Indennitaria

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

% incremento per età – FORMULA FULL

Sezione "TI AFFIANCO"

Area Indennitaria

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

APPENDICE 2 - ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
<p>Malattia oncologica maligna o cancro</p>	<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>
<p>Coronaropatia con necessità di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche</p>	<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.</p> <p>La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o esami diagnostici similari.</p>
<p>Infarto del miocardio</p>	<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.
<p>Steno-insufficienza delle valvole cardiache, aneurismi cardiaci, ferite o corpi estranei del cuore, tamponamento cardiaco, sostituzioni valvolari, pericardiectomia, con necessità di intervento chirurgico</p>	<p>La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di Pronto Soccorso.</p>
<p>Ictus cerebrale (colpo apoplettico)</p>	<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.</p> <p>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>
<p>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</p>	<p>La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia..</p>

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

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N.
Epatite acuta con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Tumori benigni polmonari con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del timo che richiedono intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: <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.
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.

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
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.

APPENDICE 3 - ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA

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

ART. 1341 CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

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

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

ART. 1342 CONTRATTO CONCLUSO MEDIANTE MODULI O FORMULARI

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

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

ART. 1469 BIS CONTRATTI DEL CONSUMATORE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 1894 ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

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

ART. 1897 DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 1898 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

ART. 1901 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

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

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

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

ART. 1910 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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

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

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

ART. 1913 AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

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

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

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

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

ART. 1916 DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

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

ART. 2952 PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE

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

NOTE

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it



Mod. MAL50031



REALE GROUP

T O G E T H E R M O R E

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) Tel. +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutinitaliana@italiana.it - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente a Reale Group, iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.



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 e da altre fonti controllate.