Assicurazione rimborso spese mediche

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Società Reale Mutua di Assicurazioni

Benefit Salute

Edizione 07/2021 (Ultimo aggiornamento disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto

Reale Mutua di Assicurazioni società mutua assicuratrice, capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, Via Corte d'Appello, n. civico 11; CAP 10122; città Torino; tel. +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966; sito internet: www.realemutua.it**;** e-mail: buongiornoreale@realemutua.it; pec: realemutua@pec.realemutua.it.
Iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L. 29/04/1923, n 966 REA Torino, n. 9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 2.335 milioni di euro, di cui 60 milioni di euro relativi al Fondo di Garanzia e 2.275 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.
Le informazioni relative alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) sono disponibile al seguente link: https://www.realemutua.it/institutional/chi-siamo/relazioni-e-bilanci.
Si specificano i seguenti dati:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 885,9 milioni;
- requisito patrimoniale minimo di solvibilità (MCR): 398,6 milioni;
- fondi propri ammissibili (eligible own funds), interamente classificati come Tier1:3.439,9 milioni di euro;
- solvency ratio: 388,3 %.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Le garanzie di seguito indicate sono integrative rispetto a quelle indicate nel DIP Danni.

AREA RICOVERO:

- ✓ Intervento chirurgico per correzione difetti visivi
- ✓ Tickets
- ✓ Spese per trasporto in/da Istituto di cura

AREA EXTRARICOVERO:

- ✓ Assistenza infermieristica a domicilio
- ✓ Tickets
- ✓ Protesi acustiche
- ✓ Agopuntura

La polizza è composta da 10 diverse combinazioni a premio fisso e può essere acquistata in forma a primo rischio o limitatamente alle opzioni dalla 6 alla 10 anche in forma integrativa ai Fondi/Casse “FASI, FASDAC, FISDAF, FAIT, QUAS”.

L’impegno di Reale Mutua sarà limitato alle garanzie, ai massimali e ai vincoli di copertura precisati dall’opzione acquistata dal Contraente

Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Le garanzie previste dalla Sezione Rimborso spese mediche non sono prestate per:

- malattie mentali, disturbi psichici in genere (comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, quelle riferibili ad esaurimento nervoso), atti di autolesionismo (compreso tentato suicidio), forme maniaco depressive, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità e loro conseguenze, psicoterapia e psicoanalisi;
- le conseguenze di:
  - atti dolosi compiuti o tentati dall’Assicurato; - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
  - atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
  - guerre ed insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.
- difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia (l’esclusione non vale per i nati in corso di contratto, se la copertura li comprende);
- infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- sieroposività da virus H.I.V.;
- le terapie e le cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall’Organizzazione Mondiale della Sanità.
- cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- prestazioni terapeutiche e/o chirurgiche finalizzate al cambiamento del sesso;
- ricoveri resi necessari unicamente dallo stato di non autosufficienza dell’Assicurato e/o lungodegenze;
- aborto volontario non terapeutico;
- malattie professionali di cui al D.P.R. n° 336/94 e successive modifiche e integrazioni;
- cure e terapie effettuate con utilizzo di cellule staminali, che non abbiano superato le fasi di sperimentazione clinica, salvo nei casi disposti dall’Autorità Giudiziaria;
- le conseguenze di trasformazione o assestamenti energetici dell’atomo (naturali o provocate) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche.

SEZIONE RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE

La garanzia prevista dalla Sezione Rimborso spese odontoiatriche non comprende le spese per:

- le conseguenze di malattie mentali, disturbi psichici in genere (compresi le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, quelle riferibili ad esaurimento nervoso), atti di autolesionismo (compreso tentato suicidio), forme maniaco depressive, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità;
- le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
- le conseguenze di guerre ed insurrezioni; movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.
- le prestazioni sanitarie non effettuate da medici/odontoiatri regolarmente autorizzati nello Stato in cui esercitano (per l’Italia iscrizione all’Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri);
- qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in day surgery (degenza diurna) o in ricovero notturno, anche se con uso della sala operatoria, e/o analgesia profonda e/o anestesia generale;

- i costi relativi all'esame istologico, anche se richiesto con le "Procedure necessarie per ottenere i rimborsi";
- gli stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'A.I.D.S. o alla sieropositività all'H.I.V.;
- le prestazioni eseguite anche solo a parziale scopo estetico;
- le procedure che non abbiano superato la fase di sperimentazione clinica;
- le conseguenze di atti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti (compresi gli allucinogeni);
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;

le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili).

SEZIONE ASSISTENZA

Le garanzie previste dalla Sezione Assistenza non sono prestate qualora il sinistro sia conseguenza di:

- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- guerre, insurrezioni, occupazioni militari;
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni e altri sconvolgimenti della natura;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche.

SEZIONE LONG TERM CARE

La garanzia prevista dalla Sezione Long Term Care esclude i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- guerre ed insurrezioni;
- patologie psichiatriche, sindromi nevrotiche e caratteriali;
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni e altri sconvolgimenti della natura;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati), e accelerazioni di particelle atomiche;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Franchigie/Scoperti:

Le prestazioni previste dal contratto possono essere soggette ad applicazione di franchigie e scoperti – in base all'opzione di copertura acquistata dal Contraente – il cui importo, per ciascun sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Rischi con particolari delimitazioni

L'assicurazione comprende:

- le spese indennizzabili per terapie e cure sperimentali sostenute all'Estero e riconosciute dai protocolli dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - previa applicazione per ciascuna prestazione delle franchigie/scoperti indicati nell'Opzione di Copertura prescelta – nel limite dei singoli massimali previsti per ciascuna prestazione nell'Opzione di Copertura prescelta, comunque fino al limite complessivo di € 5.000 per anno assicurativo;
- gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da infortunio.

Limite massimo di indennizzo:
Per ciascuna garanzia prevista dalla polizza – in base all'opzione di copertura acquistata dal Contraente – è indicato il limite massimo di indennizzo (massimale) per nucleo familiare e per anno assicurativo.

SEZIONE RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE

Rischi con particolari delimitazioni:
L'assicurazione comprende:
- le terapie ortodontiche sono rimborsabili fino al 21° anno di età;
- una prima visita odontoiatrica e una detartrasi effettuate una volta l'anno presso centri odontoiatrici convenzionati.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro** **SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE** <u>UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE:</u> **Area Ricovero** L'Assicurato deve: • attivare il pagamento diretto delle prestazioni accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.blueassistance.it, almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione, o in alternativa • telefonare - con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi (elevati a 5 giorni lavorativi se all'Estero) prima della data del ricovero - a Blue Assistance dichiarando di essere assicurato con il prodotto Benefit Salute: <u>UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E/O MEDICI ENTRAMBI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE:</u> L'Assicurato deve: • accedere alla propria Area riservata dal sito www.blueassistance.it per creare una richiesta di rimborso, allegando la certificazione medica e di spesa, o in alternativa • dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza allegando la certificazione medica e di spesa. **Area Extraricovero** <u>UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE:</u> L'Assicurato deve attivare il pagamento diretto delle prestazioni accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.blueassistance.it, almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione. <u>UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E/O MEDICI ENTRAMBI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE:</u> L'Assicurato deve: • accedere alla propria Area riservata dal sito www.blueassistance.it per creare una richiesta di rimborso, allegando la certificazione medica e di spesa, o in alternativa • dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza allegando la certificazione medica e di spesa. **SEZIONE RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE** Tale Sezione opera esclusivamente con pagamento diretto da parte di Reale Mutua nelle seguenti modalità: <u>UTILIZZO DI CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI – FORMA A PRIMO RISCHIO:</u> L'Assicurato deve contattare direttamente la struttura convenzionata prescelta segnalando di essere assistito da Blue Assistance.

	UTILIZZO DI CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI – FORMA INTEGRATIVA: L'Assicurato deve dare avviso scritto del sinistro a Blue Assistance alla quale va allegata la documentazione medica e di spesa, comprensiva del "Piano di Cure". Blue Assistance provvede al rimborso delle spese. **SEZIONE ASSISTENZA** L'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa di Blue Assistance e fornire ogni informazione richiesta, sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti e produrre copia della cartella clinica sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. **SEZIONE LONG TERM CARE** L'Assicurato deve dare avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Sede di Reale Mutua, nel più breve tempo possibile.
	Assistenza diretta/in convenzione: Il contratto prevede la possibilità di utilizzare strutture sanitarie e medici convenzionati con Blue Assistance, presso cui l'Assicurato – secondo le indicazioni di cui ai capitoli "Gestione del sinistro" - può fruire dell'indennizzo diretto per le prestazioni comprese in garanzia.
	Gestione da parte di altre imprese*:* Blue Assistance si occupa della gestione dei sinistri delle Sezioni Rimborso Spese Mediche, Rimborso spese Odontoiatriche e Assistenza. L'assicurato può rivolgersi direttamente a Blue Assistance chiamando l'apposito numero verde 800 894111 (dall'Italia) o 011 7417499 (dall'estero).
	Prescrizione: Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Reale Mutua, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento.
Ulteriori obblighi del Contraente	Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente si impegna a consegnare loro, al momento dell'ingresso in assicurazione, le Condizioni di Assicurazione nonché a rendere note tempestivamente agli Assicurati le informazioni riferibili all'impresa. Entro 30 giorni dal termine di ciascun periodo assicurativo, il Contraente dovrà fornire a Reale Mutua i dati necessari alla determinazione consuntiva del premio, eventualmente non ancora comunicati.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il contratto può prevedere l'indicizzazione: la polizza si adegua secondo le variazioni mensili dell'Indice Spese Mediche, rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT. Il premio è comprensivo di imposte: ! per le sezioni Rimborso Spese Mediche, Rimborso Spese Odontoiatriche, Long Term Care, si applica l'aliquota d'imposta del 2,5%; ! per la sezione Assistenza si applica l'aliquota d'imposta del 10%.
Rimborso	Qualora si manifesti una delle condizioni di non assicurabilità dopo l'incasso del premio, la persona cessa di essere assicurata: in questo caso il Contraente ha diritto al rimborso del premio pagato e non goduto al netto dell'imposta.

	Qualora Reale Mutua eserciti la facoltà di recesso per sinistro, la stessa rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativo al rischio non corso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	**Carenze – Sezione Rimborso spese mediche:** La garanzia decorre dalle ore 24: - del 90° giorno di effetto dell'assicurazione (o del successivo inserimento in copertura) per le patologie preesistenti; - del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione (o del successivo inserimento in copertura) per il parto e le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio. Per le coperture in forma a primo rischio) decorsi i 90 giorni di carenza, per i successivi 15 mesi, le spese sostenute dall'Assicurato e indennizzabili sono comprese in garanzia con applicazione di uno scoperto del 50%. **Carenze – Sezione Rimborso spese odontoiatriche:** La garanzia decorre dalle ore 24 del 30° giorno di effetto dell'assicurazione (o del successivo inserimento in copertura) per le cure odontoiatriche non dipendenti da infortunio. **Carenze – Sezione Long Term Care:** La garanzia opera per i casi di non autosufficienza che si verificano dopo i periodi sotto indicati: - dopo 3 anni dall'effetto dell'assicurazione (o del successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica; - dopo 90 giorni dall'effetto dell'assicurazione (o dal successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da infortunio o malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie del contratto.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Nel caso di vendita a distanza è possibile recedere dal contratto entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, tramite raccomandata o posta elettronica certificata (PEC).

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto si rivolge a persone giuridiche che desiderano tutelare i propri dipendenti da spese mediche improvvise e necessarie.
Il prodotto presenta inoltre garanzie aggiuntive dedicate ad esigenze specifiche.

Quali costi devo sostenere?

Sulla base delle rilevazioni contabili dell'ultimo esercizio relativi al presente prodotto, l'ammontare della quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 23,2% dei premi contabilizzati.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" – Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino, Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: buongiornoreale@realemutua.it. La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano. Reale Mutua è tenuta a rispondere entro 45 giorni.
ALL'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: **www.ivass.it**
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it.** (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	**Commissione di garanzia:** Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino, e-mail: commissione.garanziaassicurato@realemutua.it. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni. Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.realemutua.it. **Arbitrato** Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.