

RealmentelnSalute Family

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

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





RealmenteInSalute Family II tuo benessere familiare ha bisogno di nuove certezze

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE



INTRODUZIONE	pag.	7
GLOSSARIO	pag.	11
CONDIZIONI GENERALI	pag.	14
1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL	· -	14
1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	pag.	14
1.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE	pag.	14
1.4 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	pag.	14
1.5 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ	pag.	14
1.6 TERMINI DI RINUNCIA ALLA RIVALSA	pag.	15
1.7 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE	pag.	15
1.8 FORO COMPETENTE	pag.	15
1.9 ONERI FISCALI	pag.	15
1.10 ALTRE ASSICURAZIONI	pag.	15
1.11 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	pag.	15
1.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	pag.	16
1.13 CHI NON ASSICURIAMO	pag.	16
1.14 MODALITÀ DI ACCESSO ALLO SCONTO SALUTE	pag.	16
1.15 LIMITI DI ETÀ	pag.	16
1.16 SOSTITUZIONE DI POLIZZA	pag.	16
FORMULA FOCUS (Gravi patologie)	pag.	17
SEZIONE "TI AFFIANCO"	pag.	18
COSA ASSICURIAMO	pag.	18
AREA PRE E POST RICOVERO	pag.	18
2.1 RIMBORSO SPESE PRE E POST RICOVERO	pag.	18
AREA EXTRARICOVERO	pag.	19
2.2 ALTA DIAGNOSTICA	pag.	19
AREA INDENNITARIA	pag.	19
2.3 INDENNITÀ PER RICOVERO	pag.	19
2.4 DIARIA POST RICOVERO	pag.	19
AREA NON ASSICURATIVA	pag.	20
2.5 ACCESSO AL NETWORK	pag.	20
2.6 OBIETTIVO PREVENZIONE	pag.	20
ESCLUSIONI 3.1 COSA NON ASSICURIAMO	pag.	21
3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE	pag.	21
GESTIONE DEL SINISTRO	pag.	22 23
4.1 DATA DEL SINISTRO	pag. pag.	23
4.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE	pag.	23
4.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag.	23
4.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA PRE E POST RICOVERO	pag.	23
4.5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA EXTRARICOVERO	pag.	25
4.6 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA INDENNITARIA	pag.	26
SEZIONE "TI ASSISTO"	pag.	27
COSA ASSICURIAMO	pag.	27
5.1 CON TE IN SALUTE	nag.	27



5.2 CON TE A CASA	pag.	30
5.3 CON TE IN FAMIGLIA	pag.	32
ESCLUSIONI	pag.	36
6.1 COSA NON ASSICURIAMO	pag.	36
GESTIONE DEL SINISTRO	pag.	37
7.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag.	37
7.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI	pag.	37
7.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE	pag.	37
FORMULA EXTRA	pag.	39
SEZIONE "TI AFFIANCO"	pag.	40
COSA ASSICURIAMO	pag.	40
AREA PRE E POST RICOVERO	pag.	40
8.1 RIMBORSO SPESE PRE E POST RICOVERO	pag.	40
AREA EXTRARICOVERO	pag.	41
8.2 ALTA DIAGNOSTICA	pag.	41
8.3 DIAGNOSTICA COMPLETA	pag.	41
8.4 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	pag.	42
AREA INDENNITARIA	pag.	42
8.5 INDENNITÀ PER RICOVERO	pag.	42
8.6 DIARIA POST RICOVERO	pag.	43
AREA NON ASSICURATIVA	pag.	43
8.7 ACCESSO AL NETWORK	pag.	43
8.8 OBIETTIVO PREVENZIONE	pag.	43
ESCLUSIONI O1 COSA NON ASSISTEDIAMO	pag.	45
9.1 COSA NON ASSICURIAMO 9.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE	pag.	45 46
GESTIONE DEL SINISTRO	pag.	46
10.1 DATA DEL SINISTRO	pag.	47 47
10.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE	pag.	47
10.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag.	47
10.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA PRE E POST RICOVERO	pag. pag.	47
10.5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA EXTRARICOVERO	pag.	49
10.6 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA INDENNITARIA	pag.	50
SEZIONE "TI ASSISTO"	pag.	51
COSA ASSICURIAMO	pag.	51
11.1 CON TE IN SALUTE	pag.	51
11.2 CON TE A CASA	pag.	54
11.3 CON TE IN FAMIGLIA	pag.	56
ESCLUSIONI	pag.	60
12.1 COSA NON ASSICURIAMO	pag.	60
GESTIONE DEL SINISTRO	pag.	61
13.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag.	61
13.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI	pag.	61
13.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE	pag.	61



FORMULA FULL	pag.	63
SEZIONE "TI AFFIANCO"	pag.	64
COSA ASSICURIAMO	pag.	64
AREA RICOVERO – OPZIONE COMFORT	pag.	64
14.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE	pag.	64
14.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE	pag.	67
14.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A INTERVENTO CHIRURGICO	pag.	70
AREA RICOVERO – OPZIONE DELUXE	pag.	72
14.4 RIMBORSO SPESE MEDICHE	pag.	72
AREA RICOVERO – FRANCHIGIA	pag.	75
14.5 OPERATIVITÀ DELLA FRANCHIGIA E RIDUZIONE DEGLI INDENNIZZI FORFETTARI	pag.	75
AREA EXTRARICOVERO-OPZIONE COMFORT	pag.	76
14.6 ALTA DIAGNOSTICA	pag.	76
14.7 DIAGNOSTICA COMPLETA	pag.	76
14.8 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	pag.	77
AREA EXTRARICOVERO - OPZIONE DELUXE	pag.	77
14.9 ALTA DIAGNOSTICA	pag.	77
14.10 DIAGNOSTICA COMPLETA	pag.	78
14.11 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	pag.	78
AREA INDENNITARIA	pag.	79
14.12 INDENNITÀ PER RICOVERO	pag.	79
14.13 INDENNITÀ PER RICOVERO PER RICOVERO - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE	pag.	79
14.14 DIARIA POST RICOVERO	pag.	79
14.15 DIARIA POST RICOVERO - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE	pag.	80
AREA NON ASSICURATIVA	pag.	80
14.16 ACCESSO AL NETWORK	pag.	80
14.17 OBIETTIVO PREVENZIONE	pag.	81
ESCLUSIONI	pag.	82
15.1 COSA NON ASSICURIAMO	pag.	82
15.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE	pag.	83
GESTIONE DEL SINISTRO	pag.	84
16.1 DATA DEL SINISTRO	pag.	84
16.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE	pag.	84
16.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag.	84
16.4 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA RICOVERO	pag.	85
16.5 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA EXTRARICOVERO	pag.	88
16.6 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA INDENNITARIA	pag.	89
SEZIONE "TI ASSISTO"	pag.	90
COSA ASSICURIAMO	pag.	90
17.1 CON TE IN SALUTE	pag.	90
17.2 CON TE A CASA	pag.	92
17.3 CON TE IN FAMIGLIA	pag.	95
ESCLUSIONI	pag.	99
18.1 COSA NON ASSICURIAMO	pag.	99
GESTIONE DEL SINISTRO	pag.	
19.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag.	100
19.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI	pag.	
19.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENLITE	nag.	



FORMULA TARGET	pag. 101
SEZIONE KIDS	pag. 102
COSA ASSICURIAMO	pag. 102
20.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO	pag. 102
20.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI	pag. 103
20.3 ASSISTENZA KIDS	pag. 103
20.4 ACCESSO AL NETWORK	pag. 105
OPERATIVITÀ	pag. 107
ESCLUSIONI	pag. 108
GESTIONE DEL SINISTRO	pag. 109
23.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag. 109
23.2 DATA DEL SINISTRO	pag. 109
23.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO	pag. 109
23.4 ASSISTENZA KIDS - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag. 110
23.5 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI	pag. 110
23.6 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE	pag. 110
SEZIONE DENTAL	pag. 111
COSA ASSICURIAMO	pag. 111
24.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI	pag. 111
24.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO	pag. 111
24.3 ACCESSO AL NETWORK	pag. 111
OPERATIVITÀ	pag. 112
ESCLUSIONI	pag. 113
GESTIONE DEL SINISTRO	pag. 114
27.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag. 114
27.2 DATA DEL SINISTRO	pag. 114
27.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO	pag. 115
SEZIONE FISIO	pag. 116
COSA ASSICURIAMO	pag. 116
28.1 INDENNITÀ PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO	pag. 116
28.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE	pag. 116
28.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE	pag. 116
28.4 ACCESSO AL NETWORK	pag. 117
OPERATIVITÀ	pag. 118
ESCLUSIONI	pag. 119
GESTIONE DEL SINISTRO	pag. 120
31.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	pag. 120
31.2 DATA DEL SINISTRO	pag. 120
31.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO	pag. 120
APPENDICE 1	pag. 121
TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ	pag. 121
APPENDICE 2	pag. 129
ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE	pag. 129
	, -
APPENDICE 3	pag. 133
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA	pag. 133



INTRODUZIONE

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

Tale prodotto si compone di quattro diverse Formule:

- Focus (gravi patologie)
- Extra
- Full
- Target

Le prime tre Formule sono alternative tra loro mentre la quarta Formula non ha alcun vincolo di abbinamento con le altre Formule.

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

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

Partecipando all'iniziativa l'Assicurato che risulterà in buono stato di salute otterrà uno sconto sul premio di polizza; per maggiori dettagli si veda a riguardo l'art. 1.14 delle Condizioni di Assicurazione.

Inoltre, l'Assicurato che dimostrerà di essere fisicamente attivo nel corso della durata contrattuale, avrà diritto ad una diminuzione di premio per le annualità di polizza successive alla prima (ad eccezione della Sezione Kids e della Sezione Dental della Formula Target).

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

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

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

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

FORMULA FOCUS (GRAVI PATOLOGIE)

La **SEZIONE "TI AFFIANCO"** contiene garanzie che offrono un supporto per le spese mediche precedenti e successive a ricovero o intervento chirurgico resi necessari da gravi patologie. 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 pre e post ricovero (obbligatoria)
 - Rimborso spese pre e post ricovero
- Area extraricovero
 - Alta diagnostica (opzionale)
- Area indennitaria
 - Indennità per ricovero (opzionale)
 - Diaria post ricovero (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Indennità per Ricovero)



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

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 (obbligatoria)
- Con te in famiglia (opzionale)

FORMULA EXTRA

La **SEZIONE "TI AFFIANCO"** contiene garanzie che offrono un supporto per le spese mediche precedenti e successive a ricovero o 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 pre e post ricovero (obbligatoria)
 - Rimborso spese pre e post ricovero
- Area extraricovero
 - Alta diagnostica (opzionale)
 - Diagnostica completa (opzionale)
 - Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (opzionale)
- Area indennitaria
 - Indennità per ricovero (opzionale)
 - Diaria post ricovero (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Indennità per Ricovero)
- Area non assicurativa
 - Accesso al Network (obbligatoria)
 - Obiettivo Prevenzione (obbligatoria)

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

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 (obbligatoria)
- Con te in famiglia (opzionale)

FORMULA FULL

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

Questa Sezione si compone delle seguenti aree e garanzie:

- Area ricovero (obbligatoria)
 - Rimborso spese mediche
 - Rimborso spese mediche Limitazione a gravi patologie
 - Rimborso spese mediche Limitazione a intervento chirurgico

- Area indennitaria
 - Indennità per ricovero (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Rimborso spese mediche e Rimborso spese mediche-Limitazione a intervento chirurgico)
 - Indennità per ricovero-Limitazione a gravi patologie (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Rimborso spese mediche-Limitazione a gravi patologie)
 - Diaria post ricovero (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Rimborso spese mediche e Rimborso spese mediche-Limitazione a intervento chirurgico)
 - Diaria post ricovero-Limitazione a gravi patologie (opzionale e acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Rimborso spese mediche-Limitazione a gravi patologie)
- Area extraricovero
 - Alta diagnostica (opzionale)
 - Diagnostica completa (opzionale)
 - Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (opzionale)
- Area non assicurativa
 - Accesso al Network (obbligatoria)
 - Obiettivo Prevenzione (obbligatoria)

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

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

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

- Opzione Comfort
- Opzione Deluxe

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

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

Questa Sezione si compone delle garanzie:

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

FORMULA TARGET

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

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

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

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



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

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



GLOSSARIO

I termini, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in corsivo.

I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

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

ASSICURATO

La persona protetta dall'assicurazione

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE

Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto di Reale Mutua, alla liquidazione dei *sinistri* ed inoltre gestisce le convenzioni e i rapporti con le *strutture sanitarie* selezionate dalla società stessa.

CARTELLA CLINICA

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

CENTRALE OPERATIVA

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

CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI

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

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con Reale Mutua.

DAY HOSPITAL / DAY SURGERY

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

DIRETTA BLUEASY

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

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

FRANCHIGIA/SCOPERTO

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

GRAVE PATOLOGIA

Le patologie indicate all'Appendice 2.

INABILITÀ TEMPORANEA

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

INDENNIZZO

La somma dovuta da Reale Mutua in caso di sinistro.



INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

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

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

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

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

MALATTIA

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

MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO

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

MASSIMALE

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

MEMO CARD BLUE ASSISTANCE

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

MODULO DI POLIZZA

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

NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

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

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

PRESTAZIONI SANITARIE (Definizione valida solo per la Formula Target)

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

POLIZZA

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

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.realemutua.it.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. **Reale Mutua 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*.

SERVIZIO WWW.MYNET.BLUE

Il servizio <u>www.mynet.blue</u> 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 <u>www.mynet.blue</u> ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

SINISTRO

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

STRUTTURA SANITARIA

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

Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

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

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

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

L'elenco delle *strutture sanitarie* e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.realemutua.it. Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le *strutture sanitarie* possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'*Assicurato* ottenga conferma, contattando *Blue Assistance*, dell'effettiva esistenza dell'accordo.

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

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

VISITA SPECIALISTICA

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



CONDIZIONI GENERALI

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

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

1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

1.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Ferma la facoltà del *Contraente* di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di almeno 30 giorni, l'assicurazione cessa alla "scadenza del contratto" indicata nel *modulo di polizza*, senza necessità di disdetta.

1.4 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

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

Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

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

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

Viene fatta salva la facoltà da parte di Reale Mutua, nell'ipotesi in cui non dovesse risultare più operativo l'Indice Spese Mediche, di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento del valore iniziale del premio.

In tal caso Reale Mutua comunica la variazione al *Contraente*, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

1.5 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

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

All'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione, ai sensi del precedente art. 1.4.

1.6 TERMINI DI RINUNCIA ALLA RIVALSA

Relativamente alle Sezioni "Ti affianco", Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile e s.m.i. verso i terzi responsabili dell'*infortunio* o della *malattia* esclusivamente per la garanzia "Indennità sostitutiva del rimborso".

Inoltre per la Formula Target, Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa verso i terzi responsabili dell'*in-fortunio*.



1.7 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

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

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

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

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

1.8 FORO COMPETENTE

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

1.9 ONERI FISCALI

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 a Reale Mutua 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 Reale Mutua 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*.

1.10 ALTRE ASSICURAZIONI

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

1.11 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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



1.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1.13 CHI NON ASSICURIAMO

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

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

1.14 MODALITÀ DI ACCESSO ALLO SCONTO SALUTE

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

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

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

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

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

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

1.15 LIMITI DI ETÀ

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

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

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

1.16 SOSTITUZIONE DI POLIZZA

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



FORMULA FOCUSGravi patologie



SEZIONE "TI AFFIANCO"

COSA ASSICURIAMO

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

AREA PRE E POST *RICOVERO*

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

2.1 RIMBORSO SPESE PRE E POST *RICOVERO*

2.1.1 **OGGETTO**

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi a *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, per le prestazioni di seguito elencate, con le modalità previste all'art. 2.1.2 OPERATIVITÀ:

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

purchè le prestazioni suindicate siano inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico.

In caso di *ricovero* in regime di S.S.N., reso necessario da *grave patologia*, Reale Mutua paga, **con le modalità previste all'art. 2.1.2 OPERATIVITÀ**, le spese sostenute dall'*Assicurato* per usufruire del maggior comfort alberghiero, ovvero della degenza che comporti l'utilizzo della camera in regime solventi.

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

Si specifica che restano escluse le spese sostenute durante il *ricovero* o l'*intervento chirurgico* salvo quanto previsto per il maggior comfort alberghiero.

2.1.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* reso necessario da *grave patologia*, di cui all'art. 2.1.1 OGGETTO, sono rimborsate:

- integralmente se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate*, previo utilizzo del servizio *www.mynet.blue* e relativa stampa del voucher o presentazione della propria *Memo Card Blue Assistance* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*;
- integralmente in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale;
- con l'applicazione di uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35 per sinistro, se effettuate in strutture sanitarie non convenzionate o in strutture sanitarie convenzionate senza preventivo utilizzo del servizio www.mynet.blue o in mancanza di presentazione della propria Memo Card Blue Assistance al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria.

B MASSIMALE

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



AREA EXTRA*RICOVERO*

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

2.2 ALTA DIAGNOSTICA

2.2.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 2.2.2 OPERATIVITÀ**, le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie acquistate:

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

2.2.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

B MASSIMALE

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

AREA INDENNITARIA

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 3.1 COSA NON ASSICURIAMO, 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

2.3 INDENNITÀ PER RICOVERO

2.3.1 **OGGETTO**

In caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *grave patologia* **con i limiti e le indicazioni specificati nel "prontuario diagnostico" della tabella di cui all'Appendice 2**, Reale Mutua corrisponde all'*Assicurato*, per ogni *sinistro*, l'*indennizzo* forfettario indicato in *modulo di polizza*.

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

Il *massimale* per persona e per anno assicurativo è pari a 3 volte l'*indennizzo* indicato in *modulo di polizza*.

2.4 DIARIA POST RICOVERO

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alla garanzia di cui all'art. 2.3 INDENNITÀ PER *RICOVERO*.



2.4.1 **OGGETTO**

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

AREA NON ASSICURATIVA

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

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

2.5 ACCESSO AL NETWORK

2.5.1 **OGGETTO**

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

- prestazioni mediche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue;
- prestazioni fisioterapiche rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue.

2.5.2 **DIRITTI DELL'ASSICURATO**

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

Resta inteso che:

- A le prestazioni dei medici/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/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/centri convenzionati saranno fornite direttamente dagli stessi, a cui l'*Assicurato* si è rivolto.

2.6 OBIETTIVO PREVENZIONE

261 **OGGETTO**

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

2.6.2 **DIRITTI DELL'ASSICURATO**

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

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

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

ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni non operano per i servizi non assicurativi di cui agli artt. 2.5 ACCESSO AL NETWORK e 2.6 OBIETTIVO PREVENZIONE.

3.1 COSA NON ASSICURIAMO

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

- A *infortuni* derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;
- B *infortuni* derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e s.m.i.;
- C *infortuni* o *malattie* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- D conseguenze di:
 - infortuni occorsi,
 - malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio),

prima dell'effetto dell'assicurazione;

- E malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
- F patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;
- **G** prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio*, quest'ultimo purchè comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche;
- H check-up di medicina preventiva;
- I *interventi chirurgici* per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- J paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;
- 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).



3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

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

A del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni;

B del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie.

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

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



GESTIONE DEL SINISTRO

Blue Assistance

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

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 55

4.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 3.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

Reale Mutua, **nei limiti del** *massimale* **annuo**, paga le spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del *sinistro* e **comunque non oltre un anno dalla scadenza della** *polizza***.**

Qualora la *polizza* sia sostituita da copertura analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico di Reale Mutua.

4.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

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

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

4.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

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

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

L'Assicurato che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance* delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla *polizza*.

Qualora il *sinistro* risultasse non indennizzabile, l'*Assicurato* si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

4.4 COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO* – AREA PRE E POST *RICOVERO*

A UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

In caso di ricorso ad una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance*, quest'ultima provvede al rimborso integrale delle spese sostenute dall'*Assicurato*.

La possibilità di accedere all'utilizzo di *strutture sanitarie* è condizionata alle seguenti modalità:



 presentazione del voucher stampato tramite servizio www.mynet.blue al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria convenzionata,

o in alternativa

 presentazione della propria Memo Card Blue Assistance al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria, e compilazione della "Richiesta di prestazione" che costituisce la denuncia del sinistro; in mancanza delle quali, le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B.

L'Assicurato 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.realemutua.it
 per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload, 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 dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;
- provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti ad avvenuta liquidazione. La documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.);
- verificare che in fattura sia riportata la dicitura che confermi l'applicazione della tariffa convenzionata. 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.

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 utilizzo del *servizio www.mynet.blue* o in mancanza di presentazione della propria *Memo Card Blue Assistance*

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.realemutua.it.
 per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload, 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 dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;
- provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti ad avvenuta liquidazione. La documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.).

Blue Assistance - 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 UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'*Assicurato*.



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

A UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

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

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

oppure

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

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

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

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

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

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

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

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

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.realemutua.it.
 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*.



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

4.6 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – AREA INDENNITARIA

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

- dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è
 assegnata la polizza o accedere alla propria area riservata dal sito https://www.realemutua.it.
 per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload, 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 delle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive 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 per ogni altra documentazione medica richiesta restano a carico dell'Assicurato.



SEZIONE "TI ASSISTO"

COSA ASSICURIAMO

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

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO e 6.1 COSA NON ASSICURIAMO.

5.1 CON TE IN SALUTE

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

A INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

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

1 CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI

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

2 PRENOTAZIONE VISITE ED ESAMI

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

La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi. Resta a carico dell'*Assicurato* il costo delle visite mediche e/o degli esami.

3 TUTORING ECCELLENZE SANITARIE

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

Il Tutor di *Blue Assistance*, in riferimento alla *grave patologia*, 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 di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

2 CONSEGNA FARMACI

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

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

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

C GESTIONE DELLE URGENZE

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

1 INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

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

2 TRASPORTO IN AMBULANZA

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

3 TRASFERIMENTO IN *STRUTTURE SANITARIE* SPECIALIZZATE

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

- individuare e prenotare la struttura sanitaria specializzata in Italia;
- organizzare i contatti medici con la struttura sanitaria;



- trasferire l'*Assicurato*, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
 - aereo di linea classe economica;
 - treno prima classe;
 - autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;

tenendone il costo a carico di Reale Mutua.

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

4 RIENTRO FUNERARIO

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

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per *sinistro*.

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

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

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 ritenuti insufficienti, viene prospettato un *intervento chirurgico* particolarmente delicato.

1 SECOND OPINION

La Second Opinion è rivolta all'*Assicurato* affetto da una grave alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostisca.

L'Assicurato potrà rivolgersi ai medici della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance* e illustrare il caso clinico per il quale viene richiesta la seconda opinione medica.

Questi forniranno indicazione all'*Assicurato* su tutta la documentazione che dovrà presentare al suo medico curante (*cartella clinica* o documentazione medica equipollente, 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 Assi*stance

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

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

La struttura, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formulerà una risposta scritta di seconda opinione medica che verrà inviata



all'*Assicurato*, unitamente alla documentazione medica originale da questi precedentemente prodotta, per il tramite della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance*.

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

5.2 CON TE A CASA

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

A INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

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

1 TUTORING MEDICO TELEFONICO PERSONALIZZATO

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

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'*Assicu-rato* necessiti di riadattare i locali della propria abitazione, la *Centrale Operativa* provvede a reperire un architetto che fornisca una consulenza sui lavori da eseguire.

Resta a carico dell'Assicurato il costo della consulenza.

B PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

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

2 INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

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



3 CONSEGNA SPESA

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

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

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

L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

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

4 SUPPORTO PSICOLOGICO

Il supporto psicologico ha lo scopo di soddisfare un'eventuale richiesta di ascolto nei momenti immediatamente successivi al verificarsi di un evento traumatico o alla diagnosi di una patologia, che comportino per l'Assicurato 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 colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno dei conviventi possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la residenza dell'Assicurato, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

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

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

3 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

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

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

la *Centrale Operativa* fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'*Assicurato*, **sino ad un massimo di 90 giorni per** *sinistro*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua. Se per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, Reale Mutua provvederà a rimborsare l'*Assicurato* delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di € 300 per** *sinistro*, **a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'*Assicurato* stesso.

4 EFFETTUAZIONE DI RADIOGRAFIE ED ECOGRAFIE

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

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

Resta a carico dell'*Assicurato* il costo degli esami.

5.3 CON TE IN FAMIGLIA

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



A PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

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

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

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

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 trentasettesima settimana di gestazione (e comunque non oltre 7 giorni lavorativi prima del parto), al fine di poter permettere all'ostetrica di contattare la famiglia e, se del caso, di acquisire la necessaria documentazione medica. In nessun caso verranno eseguite diagnosi, date indicazioni terapeutiche, fatte prescrizioni farmacologiche. Il costo del servizio è a totale carico dell'Assicurata.

3 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

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

4 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

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



5 SUPPORTO PSICOLOGICO

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

(Post partum)

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

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

(Per il minore)

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

- a seguito di traumi e/o lesioni causati da atti di bullismo, regolarmente denunciati alle Pubbliche
 Autorità;
- in caso di stress psicofisico e/o malattia causata da disturbi del comportamento alimentare la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, organizzerà, se richieste entro 60 giorni dal sinistro ovvero dalla denuncia alle Pubbliche Autorità o dal momento in cui è stata posta la diagnosi per la prima volta, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista.
 La prestazione opera, previo invio della denuncia alle Pubbliche Autorità e/o della prescrizione medica attestante la data in cui è stato diagnosticato il disturbo psicologico, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

6 BANCA CELLULE STAMINALI DEL CORDONE OMBELICALE

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

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

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

B GESTIONE DELLE URGENZE

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

1 INVIO DI UN PEDIATRA

Qualora l'Assicurato necessiti della visita di un pediatra presso la propria *residenza* per il figlio con lui convivente, **ma non riesca a reperire il proprio pediatra di fiducia,** la *Centrale Operativa*, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario**, provvede ad inviare uno specialista presso la *residenza*.

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

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



2 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

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

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

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

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

3 INVIO DI UN TAXI

In caso di improvvisa indisponibilità del proprio veicolo per guasto, incidente o furto, la *Centrale Operativa*, **entro un limite massimo di 15 giorni dalla data del** *sinistro*, provvede ad inviare un taxi, che consenta all'*Assicurato* o agli altri membri del *nucleo familiare*, di accompagnare a scuola o ad una visita medica i figli minori di 15 anni con lui conviventi.

Reale Mutua terrà a proprio carico la relativa spesa **una volta per anno assicurativo e con il limite com- plessivo di € 50.**

L'Assicurato è tenuto a fornire, su richiesta della *Centrale Operativa* ed al massimo entro 7 giorni dalla richiesta, il preventivo di riparazione da parte dell'officina autorizzata della casa costruttrice, o la denuncia di furto alle Pubbliche Autorità.

4 INVIO DI UNA BABY SITTER

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

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

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



ESCLUSIONI

6.1 COSA NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non eroga le prestazioni della presente Sezione qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta o indiretta di:

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

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



GESTIONE DEL SINISTRO

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

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 55

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

L'Assicurato dovrà comunicare:

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

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

7.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

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

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

7.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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

7.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

Reale Mutua si riserva il diritto di chiedere all'*Assicurato* il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza di cui agli artt. 5.1 CON TE IN SALUTE, 5.2 CON TE A CASA, 5.3 CON TE IN FAMIGLIA che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di assicurazione.



FORMULA EXTRA



SEZIONE "TI AFFIANCO"

COSA ASSICURIAMO

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

AREA PRE E POST *RICOVERO*

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 9.1 COSA NON ASSICURIAMO, 9.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

8.1 RIMBORSO SPESE PRE E POST *RICOVERO*

8.1.1 **OGGETTO**

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi a *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia*, per le prestazioni di seguito elencate, con le modalità previste all'art. 8.1.2 OPERATIVITÀ:

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

purchè le prestazioni suindicate siano inerenti al ricovero o all'intervento chirurgico.

Reale Mutua paga, inoltre, le spese relative alle prestazioni sanitarie eseguite dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino al giorno precedente il parto, **purché siano inerenti allo stato di gravidanza e fino alla concorrenza di 300 €, per tutto il periodo suindicato. Le spese successive al ricovero per parto si intendono pertanto escluse.**

In caso di *ricovero* in regime di S.S.N., reso necessario da *infortunio* o *malattia* o parto, naturale o cesareo, Reale Mutua paga, **con le modalità previste all'art. 8.1.2 OPERATIVITÀ**, le spese sostenute dall'*Assicurato* per usufruire del maggior comfort alberghiero, ovvero della degenza che comporti l'utilizzo della camera in regime solventi, **con il massimo di 1.500 € per il** *ricovero* **reso necessario da parto.**

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

Si specifica che restano escluse le spese sostenute durante il *ricovero* **o l'***intervento chirurgico* salvo quanto previsto per il maggior comfort alberghiero.

8.1.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* reso necessario da *infortunio* o *malattia*, di cui all'art. 8.1.1 OGGETTO, sono rimborsate:

- integralmente se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate*, previo utilizzo del *servizio www. mynet.blue* e relativa stampa del voucher o presentazione della propria *Memo Card Blue Assistance* al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*;
- integralmente in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale;



◆ con l'applicazione di uno scoperto del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35 per sinistro, se effettuate in strutture sanitarie non convenzionate o in strutture sanitarie convenzionate senza preventivo utilizzo del servizio www.mynet.blue o in mancanza di presentazione della propria Memo Card Blue Assistance al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria.

B MASSIMALE

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

AREA EXTRA*RICOVERO*

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 9.1 COSA NON ASSICURIAMO, 9.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 8.2 ALTA DIAGNOSTICA, 8.3 DIAGNOSTICA COMPLETA, 8.4 *VISITE SPECIALISTICHE* E *ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI* sono alternative fra di loro.

8.2 ALTA DIAGNOSTICA

8.2.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 8.2.2 OPERATIVITÀ**, le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie acquistate:

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

8.2.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

B MASSIMALE

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

8.3 DIAGNOSTICA COMPLETA

8.3.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, con **i limiti e le modalità previste all'art. 8.3.2 OPERATIVITÀ**, le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* prescritti dal medico curante e non rientranti in altre garanzie acquistate.

8.3.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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



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

B MASSIMALE

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

8.4 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

8.4.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico* Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 8.4.2 OPERATIVITÀ**, le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'*Assicurato* per:

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

8.4.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

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

B MASSIMALE

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

AREA INDENNITARIA

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 9.1 COSA NON ASSICURIAMO, 9.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

8.5 INDENNITÀ PER RICOVERO

8.5.1 **OGGETTO**

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

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

In caso di *ricovero* per parto, naturale o cesareo, Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* forfettario di 750 €. Il *massimale* per persona e per anno assicurativo è pari a 3 volte l'*indennizzo* indicato in *modulo di polizza*. Si specifica che per ogni serie di *day hospital* comprovata da unica *cartella clinica* l'indennità per *ricovero* viene corrisposta una sola volta.



8.6 DIARIA POST *RICOVERO*

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alla garanzia di cui all'art. 8.5 INDENNITÀ PER *RICOVERO*.

8.6.1 **OGGETTO**

In caso di *ricovero* **con almeno un pernottamento** reso necessario da *infortunio, malattia,* donazione organi o parto, naturale o cesareo, Reale Mutua corrisponde all'*Assicurato* la diaria indicata nel *modulo di polizza* per un numero di pernottamenti pari a tre volte quelli trascorsi in regime di *ricovero,* **con il massimo di 20 pernottamenti in regime di** *ricovero* **per** *sinistro***.**

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

AREA NON ASSICURATIVA

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

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

8.7 ACCESSO AL NETWORK

8.7.1 **OGGETTO**

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

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

8.7.2 **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.

8.8 OBIETTIVO PREVENZIONE

8.8.1 **OGGETTO**

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



8.8.2 **DIRITTI DELL'ASSICURATO**

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

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

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



ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni non operano per i servizi non assicurativi di cui agli artt. 8.7 ACCESSO AL NETWORK e 8.8 OBIETTIVO PREVENZIONE.

9.1 COSA NON ASSICURIAMO

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

- A *infortuni* derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;
- B *infortuni* derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e s.m.i.;
- C *infortuni* o *malattie* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- D conseguenze di:
 - infortuni occorsi,
 - malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio),

prima dell'effetto dell'assicurazione;

- E malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
- F patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;
- **G** prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio*, quest'ultimo purchè comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche;
- H check-up di medicina preventiva;
- I *interventi chirurgici* per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- J paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;
- 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).



9.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

Fermo quanto previsto all'art. 1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE e le esclusioni dell'art. 9.1 COSA NON ASSICURIAMO, la garanzia decorre dalle ore 24:

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

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

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



GESTIONE DEL SINISTRO

Blue Assistance

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

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 55

10.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 9.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

Reale Mutua, **nei limiti del** *massimale* **annuo**, paga le spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del *sinistro* e **comunque non oltre un anno dalla scadenza della** *polizza***.**

Qualora la *polizza* sia sostituita da copertura analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico di Reale Mutua.

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.

10.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

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

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

L'Assicurato che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance* delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla *polizza*.

Qualora il *sinistro* risultasse non indennizzabile, l'*Assicurato* si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da Reale Mutua.

10.4 COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO* – AREA PRE E POST *RICOVERO*

A UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

In caso di ricorso ad una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance*, quest'ultima provvede al rimborso integrale delle spese sostenute dall'*Assicurato*.

La possibilità di accedere all'utilizzo di *strutture sanitarie* è condizionata alle seguenti modalità:



 presentazione del voucher stampato tramite servizio www.mynet.blue al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria convenzionata;

o in alternativa

 presentazione della propria Memo Card Blue Assistance al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria, e compilazione della "Richiesta di prestazione" che costituisce la denuncia del sinistro;

in mancanza delle quali, le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B.

L'Assicurato 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.realemutua.it.
 per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload, 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 dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;
- provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti ad avvenuta liquidazione. La documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.);
- verificare che in fattura sia riportata la dicitura che confermi l'applicazione della tariffa convenzionata.

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.**

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 utilizzo del *servizio www.mynet.blue* o in mancanza di presentazione della propria *Memo Card Blue Assistance*

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.realemutua.it.
 per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload, 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 dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;
- provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti ad avvenuta liquidazione. La documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.).

Blue Assistance – 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 UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In caso di ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, *Blue Assistance*, ricevuta la documentazione sanitaria e di spesa, provvede al rimborso delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'*Assicurato*.

10.5 COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO* – ARFA EXTRA*RICOVERO*

A UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

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

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

oppure

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

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

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

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

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

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

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

Resta convenuto che:

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

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.realemutua.it. 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*.

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.**

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.realemutua.it.
 per utilizzare richiesta di rimborso tramite upload, 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 dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive 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"

COSA ASSICURIAMO

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

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 12.1 COSA NON ASSICURIAMO

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 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.



SEZIONE "TI ASSISTO" Formula Extra

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

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 di Reale Mutua fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.

2 CONSEGNA FARMACI

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

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

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

C GESTIONE DELLE URGENZE

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

1 INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

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

2 TRASPORTO IN AMBULANZA

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

3 TRASFERIMENTO IN *STRUTTURE SANITARIE* SPECIALIZZATE

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

- individuare e prenotare la *struttura sanitaria* specializzata in Italia;
- organizzare i contatti medici con la struttura sanitaria;



- trasferire l'Assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
 - aereo di linea classe economica;
 - treno prima classe;
 - autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;

tenendone il costo a carico di Reale Mutua.

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

4 RIENTRO FUNERARIO

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

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per *sinistro*.

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

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

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 ritenuti insufficienti, viene prospettato un intervento chirurgico particolarmente delicato.

1 SECOND OPINION

La Second Opinion è rivolta all'*Assicurato* affetto da una grave alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostisca.

L'Assicurato potrà rivolgersi ai medici della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance* e illustrare il caso clinico per il quale viene richiesta la seconda opinione medica.

Questi forniranno indicazione all'*Assicurato* su tutta la documentazione che dovrà presentare al suo medico curante (*cartella clinica* o documentazione medica equipollente, 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 Assi*stance.

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



SEZIONE "TI ASSISTO" Formula Extra

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

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.

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'*Assicu-rato* necessiti di riadattare i locali della propria abitazione, la *Centrale Operativa* provvede a reperire un architetto che fornisca una consulenza sui lavori da eseguire.

Resta a carico dell'Assicurato il costo della consulenza.

B PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

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

2 INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

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



3 CONSEGNA SPESA

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

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

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

L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

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

4 SUPPORTO PSICOLOGICO

Il supporto psicologico ha lo scopo di soddisfare un'eventuale richiesta di ascolto nei momenti immediatamente successivi al verificarsi di un evento traumatico o alla diagnosi di una patologia, che comportino per l'Assicurato 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 colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno dei conviventi possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la residenza dell'Assicurato, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

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

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

3 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

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

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

la *Centrale Operativa* fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'*Assicurato*, **sino ad un massimo di 90 giorni per** *sinistro*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua. Se per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, Reale Mutua provvederà a rimborsare l'*Assicurato* delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di € 300 per** *sinistro*, **a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'*Assicurato* stesso.

4 EFFETTUAZIONE DI RADIOGRAFIE ED ECOGRAFIE

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

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

Resta a carico dell'*Assicurato* il costo degli esami.

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 sanita-ria* per effettuare esami diagnostici, medicazioni.

1 INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

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

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

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

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 trentasettesima settimana di gestazione (e comunque non oltre 7 giorni lavorativi prima del parto)**, al fine di poter permettere all'ostetrica di contattare la famiglia e, se del caso, di acquisire la necessaria documentazione medica.

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

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

3 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

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

4 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

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



SEZIONE "TI ASSISTO" Formula Extra

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

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 una situazione di disagio e di stress psicofisico.

(Post partum)

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

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

(Per il minore)

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

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

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

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

6 BANCA CELLULE STAMINALI DEL CORDONE OMBELICALE

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

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

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

B GESTIONE DELLE URGENZE

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

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

1 INVIO DI UN PEDIATRA

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

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



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

2 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

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

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

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

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

3 INVIO DI UN TAXI

In caso di improvvisa indisponibilità del proprio veicolo per guasto, incidente o furto, la *Centrale Operativa*, **entro un limite massimo di 15 giorni dalla data del** *sinistro*, provvede ad inviare un taxi, che consenta all'*Assicurato* o agli altri membri del *nucleo familiare*, di accompagnare a scuola o ad una visita medica i figli minori di 15 anni con lui conviventi.

Reale Mutua terrà a proprio carico la relativa spesa **una volta per anno assicurativo e con il limite com- plessivo di € 50.**

L'Assicurato è tenuto a fornire, su richiesta della *Centrale Operativa* ed al massimo entro 7 giorni dalla richiesta, il preventivo di riparazione da parte dell'officina autorizzata della casa costruttrice, o la denuncia di furto alle Pubbliche Autorità.

4 INVIO DI UNA BABY SITTER

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

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

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



ESCLUSIONI

12.1 COSA NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non eroga le prestazioni della presente Sezione qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta o indiretta di:

- A stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari:
- B eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- C trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;
- D atti dolosi compiuti o tentati dell'Assicurato;
- E malattie 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.



GESTIONE DEL 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



+39 011 742 55 55

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

L'Assicurato dovrà comunicare:

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

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

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 di Reale Mutua e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

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

13.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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

13.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

Reale Mutua si riserva il diritto di chiedere all'*Assicurato* il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza di cui agli artt. 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 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*.

Prima della sottoscrizione del *questionario sanitario* l'*Assicurato* verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso e può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

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. 15.1 COSA NON ASSICURIAMO.**

COSA ASSICURIAMO

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

AREA RICOVERO - OPZIONE COMFORT

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 15.1 COSA NON ASSICURIAMO, 15.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 14.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE, 14.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIO-NE A *GRAVI PATOLOGIE*, 14.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A *INTERVENTO CHIRURGICO* sono alternative fra di loro.

14.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE

14.1.1 **OGGETTO**

A SPESE DURANTE IL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *malattia* o da *infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 14.1.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

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



B PARTO

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

Sono operanti i seguenti limiti di *indennizzo* per *sinistro*:

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

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o il parto avvenga a domicilio, Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* forfettario di € 1.500.

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

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

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL RICOVERO

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni **effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi** purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con le modalità previste all'art. 14.1.2 OPERATIVITÀ**:

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

D RICOVERO ALL'ESTERO

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

E TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

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

F INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

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

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

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

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

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

G TERAPIE ONCOLOGICHE

Anche in assenza di *ricovero* o *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicu-rato* 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 auto-sufficienza*, Reale Mutua paga, **con il massimo di € 11.000 per** *sinistro*, le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

- assistenza medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o strutture sanitarie specializzate e legalmente riconosciute;
- o, in alternativa, a scelta dell'Assicurato:
- assistenza infermieristica professionale a domicilio.

I CURA PER A.I.D.S.

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

J MEDICINA PREVENTIVA

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

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

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

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

K CURE AL NEONATO

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

La garanzia opera secondo l'opzione acquistata dalla madre.

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



14.1.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

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

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero*, di cui all'art. 14.1.1 C, sono rimborsate integralmente se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate* con medici convenzionati o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e/o medici non convenzionati **si applica uno** *scoperto* **del 30%.**

B MASSIMALE

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

14.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE

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

14.2.1 **OGGETTO**

A SPESE DURANTE IL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *grave patologia* indennizzabile a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 14.2.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

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



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

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

B SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL *RICOVERO*

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni **effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi** purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico* resi necessari da *grave patologia*, **con le modalità previste all'art. 14.2.2 OPERATIVITÀ:**

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

C RICOVERO ALL'ESTERO

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

D TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

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

E INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

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

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

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

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

F TERAPIE ONCOLOGICHE

Anche in assenza di *ricovero* o *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicu-rato* 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 auto-sufficienza*, Reale Mutua paga, **con il massimo di € 11.000 per** *sinistro*, le spese sostenute dall'*Assicu-rato* per:

- assistenza medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o *strutture sanitarie* specializzate e legalmente riconosciute;
- o, in alternativa, a scelta dell'Assicurato:
- assistenza infermieristica professionale a domicilio.



H CURA PER A.I.D.S.

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

I MEDICINA PREVENTIVA

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

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

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

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

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

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

J CURE AL NEONATO

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

La garanzia opera secondo l'opzione acquistata dalla madre.

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

14.2.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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



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

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

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

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, di cui all'art. 14.2.1 B, sono rimborsate integralmente se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate* con medici convenzionati o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e/o medici non convenzionati **si applica uno** *scoperto* del 30%.

B MASSIMALE

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

14.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A INTERVENTO CHIRURGICO

14.3.1 **OGGETTO**

A SPESE DURANTE L'INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di *intervento chirurgico* reso necessario da *malattia* o da *infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 14.3.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute per l'*intervento chirurgico* dall'*Assicurato* per:

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

B PARTO

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

Sono operanti i seguenti limiti di *indennizzo* per *sinistro*:

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

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o il parto avvenga a domicilio, Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* forfettario di € 1.500.

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

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni **effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi** purché inerenti all'*intervento chirurgico*, **con le modalità previste all'art. 14.3.2 OPERATIVITÀ:**



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

D INTERVENTO CHIRURGICO ALL'ESTERO

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

E TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

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

F INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

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

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

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

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

G MEDICINA PREVENTIVA

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

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

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

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

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

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



H CURE AL NEONATO

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

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

14.3.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

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

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero*, di cui all'art. 14.3.1 C, sono rimborsate integralmente se effettuate in *strutture sanitarie convenzionate* con medici convenzionati o in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso di utilizzo di *strutture sanitarie* e/o medici non convenzionati **si applica uno** *scoperto* **del 30%.**

B MASSIMALE

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

AREA *RICOVERO* – OPZIONE DELUXE

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 15.1 COSA NON ASSICURIAMO, 15.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

14.4 RIMBORSO SPESE MEDICHE

14.4.1 **OGGETTO**

A SPESE DURANTE IL RICOVERO O INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *malattia* o da *infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 14.4.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute dall'*Assicurato* per:

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



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

B PARTO

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

Sono operanti i seguenti limiti di *indennizzo* per *sinistro*:

- ◆ € 5.000 in caso di parto naturale;
- ◆ € 10.000 in caso di parto cesareo.

Qualora il *ricovero* sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o il parto avvenga a domicilio, Reale Mutua corrisponde un *indennizzo* forfettario di € 1.500.

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

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

C SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL *RICOVERO*

Reale Mutua paga le spese sostenute dall'*Assicurato* per le seguenti prestazioni **effettuate nei 100 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi** purché inerenti al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, **con le modalità previste all'art. 14.4.2 OPERATIVITÀ:**

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

D RICOVERO ALL'ESTERO

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

E TRAPIANTO/ESPIANTO DI ORGANI

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



F INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

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

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

In caso di dialisi, anche in assenza di *ricovero*, Reale Mutua corrisponde € 300 per ogni applicazione con un massimo di 30 applicazioni per anno assicurativo e per persona.

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

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

G TERAPIE ONCOLOGICHE

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

H ASSISTENZA DOMICILIARE PER MALATTIA TERMINALE

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

- assistenza medica ed infermieristica fornita a domicilio da organizzazioni o strutture sanitarie specializzate e legalmente riconosciute;
- o, in alternativa, a scelta dell'Assicurato:
- assistenza infermieristica professionale a domicilio.

I CURA PER A.I.D.S.

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

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

J MEDICINA PREVENTIVA

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

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



- visita oculistica;
- visita ginecologica;
- visita urologica.

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

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

K CURE AL NEONATO

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

La garanzia opera secondo l'opzione acquistata dalla madre.

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

14.4.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

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

Le spese relative alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero*, di cui all'art. 14.4.1 C, sono rimborsate integralmente.

B MASSIMALE

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

AREA RICOVERO - FRANCHIGIA

14.5 OPERATIVITÀ DELLA *Franchigia* e riduzione degli *indennizzi* forfettari

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

I seguenti indennizzi vengono così ridotti:

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

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



AREA EXTRA*RICOVERO* - OPZIONE COMFORT

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 15.1 COSA NON ASSICURIAMO, 15.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 14.6 ALTA DIAGNOSTICA, 14.7 DIAGNOSTICA COMPLETA, 14.8 VISITE SPECIALI-STICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI sono alternative fra di loro.

14.6 ALTA DIAGNOSTICA

14.6.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 14.6.2 OPERATIVITÀ**, le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie acquistate:

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

14.6.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

B MASSIMALE

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

14.7 DIAGNOSTICA COMPLETA

14.7.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 14.7.2 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.

14.7.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

R MASSIMALE

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



14.8 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

14.8.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico* Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 14.8.2 OPERATIVITÀ,** le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'*Assicurato* per:

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

14.8.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

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

B MASSIMALE

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

AREA EXTRA*RICOVERO* - OPZIONE DELUXE

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 15.1 COSA NON ASSICURIAMO, 15.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

Le garanzie di cui agli artt. 14.9 ALTA DIAGNOSTICA, 14.10 DIAGNOSTICA COMPLETA e 14.11 *VISITE SPECIA-LISTICHE* E *ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI* sono alternative fra di loro.

14.9 ALTA DIAGNOSTICA

14.9.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 14.9.2 OPERATIVITÀ,** le spese sostenute per gli *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante, indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie acquistate:

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

14.9.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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



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

B MASSIMALE

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

14.10 DIAGNOSTICA COMPLETA

14.10.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 14.10.2 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.

14.10.2 **OPERATIVITÀ**

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

B MASSIMALE

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

14.11 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

14.11.1 **OGGETTO**

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico* Reale Mutua paga, **con i limiti e le modalità previste all'art. 14.11.2 OPERATIVITÀ,** le spese, non rientranti in altre garanzie acquistate, sostenute dall'*Assicu-rato* per:

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

14.11.2 OPERATIVITÀ

A MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

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



B MASSIMALE

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

AREA INDENNITARIA

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO, 15.1 COSA NON ASSICURIAMO, 15.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE.

14.12 INDENNITÀ PER RICOVERO

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alle garanzie di cui agli artt. 14.1 RIMBOR-SO SPESE MEDICHE o 14.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A *INTERVENTO CHIRURGICO* o 14.4 RIMBORSO SPESE MEDICHE ed è alternativa alla garanzia di cui all'art. 14.13 INDENNITÀ PER RICOVERO-LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE.

14.12.1 **OGGETTO**

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

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

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

14.13 INDENNITÀ PER RICOVERO - LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alla garanzia di cui all'art. 14.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE* ed è alternativa alla garanzia di cui all'art. 14.12 INDENNITÀ PER *RICOVERO*.

14.13.1 **OGGETTO**

In caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* reso necessario da *grave patologia* **con i limiti e le indicazioni specificati nel "prontuario diagnostico" della tabella di cui all'Appendice 2**, Reale Mutua corrisponde all'*Assicurato*, per ogni *sinistro*, l'*indennizzo* indicato in *modulo di polizza*.

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

14.14 DIARIA POST *RICOVERO*

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alle garanzie di cui agli artt. 14.1 RIMBOR-SO SPESE MEDICHE o 14.3 RIMBORSO SPESE MEDICHE-LIMITAZIONE A *INTERVENTO CHIRURGICO* o 14.4 RIMBORSO SPESE MEDICHE ed è alternativa alla garanzia di cui all'art. 14.15 DIARIA POST *RICOVERO* - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE*.

14.14.1 **OGGETTO**

In caso di *ricovero* **con almeno un pernottamento** reso necessario da *infortunio, malattia,* donazione organi o parto, naturale o cesareo, Reale Mutua corrisponde all'*Assicurato* la diaria indicata nel *modulo*



di polizza per un numero di pernottamenti pari a tre volte quelli trascorsi in regime di *ricovero*, **con il** massimo di 20 pernottamenti in regime di *ricovero* per *sinistro*.

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

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

La presente garanzia è acquistabile solo in abbinamento alla garanzia di cui all'art. 14.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE* ed è alternativa alla garanzia di cui all'art. 14.14 DIARIA POST *RICOVERO*.

14.15.1 **OGGETTO**

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

AREA NON ASSICURATIVA

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

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

14.16 ACCESSO AL NETWORK

14.16.1 **OGGETTO**

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

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

14.16.2 **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.



14.17 OBIETTIVO PREVENZIONE

14.17.1 **OGGETTO**

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

14.17.2 **DIRITTI DELL'ASSICURATO**

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

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

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



ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni non operano per i servizi non assicurativi di cui agli artt. 14.16 ACCESSO AL NETWORK e 14.17 OBIETTIVO PREVENZIONE.

15.1 COSA NON ASSICURIAMO

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

- A *infortuni* derivanti dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;
- B *infortuni* derivanti da guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope sanzionabili ai sensi degli artt. 186 o 187 del Decreto Legislativo 30/4/1992 n. 285 e s.m.i.;
- C *infortuni* o *malattie* determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- D (in caso di scelta della garanzia "RIMBORSO SPESE MEDICHE" o "RIMBORSO SPESE MEDICHE LIMITAZIONE A *INTERVENTO CHIRURGICO*" ed eventuali garanzie ad essa abbinate dell'Area Indennitaria e dell'Area Extra*ricovero*)

le conseguenze di:

- infortuni occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione,
- malattie e stati patologici noti e/o diagnosticati all'Assicurato e non dichiarati, con dolo o colpa grave, sul questionario sanitario all'atto di stipula del contratto,
- malattie e stati patologici dichiarati sul questionario sanitario ed espressamente esclusi da Reale Mutua con specifica clausola.

(in caso di scelta della garanzia "RIMBORSO SPESE MEDICHE - LIMITAZIONE A *GRAVI PATOLOGIE*" ed eventuali garanzie ad essa abbinate dell'area Area Indennitaria e dell'Area Extra*ricovero*) le conseguenze di:

- infortuni occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione,
- malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'assicurazione;
- **E** *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti all'effetto dell'assicurazione, salvo quanto previsto per il neonato agli artt. 14.1.1.K, 14.2.1.J, 14.3.1.H, 14.4.1.K;
- F patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;
- **G** prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da *infortunio*, quest'ultimo purchè comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico), dimagranti e fitoterapiche;
- H check-up di medicina preventiva salvo quanto previsto agli artt. 14.1.1.J, 14.2.1.I, 14.3.1.G, 14.4.1.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. 14.1.1 A d, 14.2.1 A d, 14.4.1 A d;
- K aborto volontario non terapeutico;
- L infertilità, sterilità, impotenza;
- M sieropositività da virus H.I.V.;
- N conseguenze di:
 - atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);



- 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).

15.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE

Fermo quanto previsto all'art. 1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE e le esclusioni dell'art. 15.1 COSA NON ASSICURIAMO, la garanzia decorre dalle ore 24:

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

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

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



GESTIONE DEL SINISTRO

Blue Assistance

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

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 55

16.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 15.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

Reale Mutua, **nei limiti del** *massimale* **annuo**, paga le spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del *sinistro* e **comunque non oltre un anno dalla scadenza della** *polizza***.**

Qualora la *polizza* sia sostituita da copertura analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico di Reale Mutua.

16.2 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.

16.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

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

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

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

L'Assicurato che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance* delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla *polizza*.

Qualora il *sinistro* risultasse non indennizzabile, l'*Assicurato* si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto da Reale Mutua.



16.4 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 alla preventiva telefonata, che deve avvenire almeno 3 giorni lavorativi prima della data del ricovero, e all'autorizzazione al pagamento diretto di Blue Assistance, in mancanza delle quali le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B.
 - L'elenco delle *strutture sanitarie* è consultabile sul sito www.realemutua.it. **Poiché la rete delle** *strutture sanitarie* **è soggetta ad evoluzioni, al momento della scelta della struttura e/o del medico è necessario che l'***Assicurato* **proceda alla verifica dell'effettiva esistenza dell'accordo contattando** *Blue Assistance* **al numero verde 800 092092 e ne ottenga conferma.**

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

- dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- ◆ 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza. Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, Blue Assistance paga direttamente sia la struttura sanitaria sia i medici e provvede a raccogliere la relativa documentazione (fatto salvo quanto previsto alla lettera G del presente articolo per i ricoveril interventi chirurgici in territorio extra europeo) e a restituire quella di spesa all'Assicurato, con annotazione dell'avvenuta liquidazione. Al momento dell'accettazione presso la struttura sanitaria, l'Assicurato deve presentare la propria Memo Card Blue Assistance e compilare la "Richiesta di prestazione" che costituisce la denuncia del sinistro. Resta convenuto che:
- l'eventuale differenza tra l'indennizzo liquidato da Blue Assistance e il costo totale della prestazione, così come eventuali scoperti o franchigie, devono essere pagati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria;
- relativamente alla garanzia di cui all'art. 14.2 RIMBORSO SPESE MEDICHE LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE, le spese sostenute per i ricoveri sono pagate direttamente solo se esiste diagnosi certa; in caso contrario Blue Assistance, ricevuta la relativa documentazione ed accertata la diagnosi, provvede a rimborsarle integralmente;
- nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da *Blue Assistance*.
- B UTILIZZO DI *STRUTTURE SANITARIE* E DI MEDICI NON CONVENZIONATI CON *BLUE ASSISTANCE* L'*Assicurato* che utilizzi:
 - a. strutture sanitarie e medici non convenzionati, oppure
 - b. *strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*, deve:
 - dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è
 assegnata la polizza o accedere alla propria area riservata dal sito https://www.realemutua.it.
 per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload, 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 dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;



 provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti ad avvenuta liquidazione. La documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.).

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

C UTILIZZO DI MEDICI NON CONVENZIONATI PRESSO STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

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

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

D SPESE PRECEDENTI E SUCCESSIVE AL *RICOVERO*

Le spese riferite alle prestazioni precedenti e successive al *ricovero* o all'*intervento chirurgico*, di cui agli artt. 14.1.1.C, 14.2.1.B, 14.3.1.C, 14.4.1.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. 14.1.1 F, 14.2.1 E, 14.3.1. F, 14.4.1. F).

F UTILIZZO DI FONDI O MUTUE PRIVATE

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

G RICOVERO ALL'ESTERO

1. Ricovero o intervento chirurgico programmato

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

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

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

Resta convenuto che:

 l'eventuale differenza tra l'indennizzo liquidato da Blue Assistance e il costo totale della prestazione, così come eventuali scoperti o franchigie, devono essere pagati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria;



- relativamente alla garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE LIMITAZIONE A GRAVI PATOLOGIE, le spese sostenute per i ricoveri sono pagate direttamente solo se esiste diagnosi certa; in caso contrario Blue Assistance, ricevuta la relativa documentazione ed accertata la diagnosi, provvede a rimborsarle integralmente;
- nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da *Blue Assistance*.

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

- dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza. Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, Blue Assistance paga direttamente sia la struttura sanitaria sia i medici. L'Assicurato deve acquisire personalmente la cartella clinica presso la struttura sanitaria e fornirla a Blue Assistance. Resta a carico dell'Assicurato la traduzione della cartella clinica.

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

In tal caso l'Assicurato deve:

- provvedere direttamente al pagamento delle spese;
- dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è
 assegnata la polizza o accedere alla propria area riservata dal sito https://www.realemutua.it.
 per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload, 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 le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate, o, su richiesta da parte di Blue Assistance, documentazione equipollente a carico dell'Assicurato; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti da Blue Assistance con indicazione dell'avvenuta liquidazione. La documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni).

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

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

2. Ricovero per malattia improvvisa o infortunio

Per i *ricoveri* all'estero resi necessari da *malattia* improvvisa o da *infortunio* accaduto all'estero, il rimborso delle spese che l'*Assicurato* dovesse sostenere per cure o interventi urgenti non procrastinabili



ricevuti sul posto viene effettuato senza applicazioni di *scoperti* e *franchigie*.

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

Qualora l'Assicurato intenda usufruire del pagamento diretto delle spese mediche sul posto deve contattare immediatamente la *Centrale Operativa* al verificarsi del *sinistro* affinché essa possa provvedere, se operativamente possibile, alla presa in carico delle spese mediche purché si tratti di *ricovero* con almeno un pernottamento.

Resta convenuto che l'eventuale differenza tra l'indennizzo liquidato da Blue Assistance e il costo totale della prestazione, così come eventuali franchigie riportate nel modulo di polizza, devono essere pagati direttamente dall'Assicurato alla struttura sanitaria.

Nei casi in cui non fosse possibile effettuare il pagamento diretto o l'*Assicurato* non avesse richiesto il pagamento diretto, l'*Assicurato* stesso 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.realemutua.it
 per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload, allegando la certificazione medica sulla
 natura della patologia;
- fornire copia della relazione dell'intervento, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;
- presentare le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate, o, su richiesta da parte di Blue Assistance, documentazione equipollente a carico dell'Assicurato; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti da Blue Assistance con indicazione dell'avvenuta liquidazione. La documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e successive modificazioni ed integrazioni).

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

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

3. Anticipo spese mediche

La possibilità di usufruire della presa in carico diretta del sinistro come riportato ai precedenti punti 1 e 2, è condizionata alla preventiva telefonata e all'autorizzazione al pagamento diretto da parte di Blue Assistance.

Nei casi in cui non sia possibile procedere con il pagamento diretto della prestazione, l'Assicurato ha diritto ad ottenere un'anticipazione dell'indennizzo a condizione che fornisca la documentazione medica sufficiente alla Società per accertare l'indennizzabilità del sinistro stesso.

La Società anticiperà all'Assicurato la somma:

- a condizione che il preventivo di spesa formulato dall'istituto di cura sia di almeno euro 10.000;
- entro il limite del 60% della somma assicurata e con il massimo di euro 50.000;
- a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di polizza delle spese di ricovero.

Qualora a cure ultimate dovesse risultare che l'*indennizzo* non era dovuto o era dovuto in misura inferiore a quanto anticipato, la Società ha diritto alla restituzione, entra 15 giorni dalla richiesta formale, degli importi anticipati.



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

A UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE CON BLUE ASSISTANCE

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

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

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

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

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

- dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza. Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Blue Assistance* paga direttamente e provvede a raccogliere la relativa documentazione e a restituire quella di spesa all'*Assicurato*, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.

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

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

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.**



16.6 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.realemutua.it
 per utilizzare richiesta di rimborso tramite upload, 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 dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive 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"

COSA ASSICURIAMO

Reale Mutua presta le garanzie indicate solo se esplicitamente richiamate in *modulo di polizza*. Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO e 18.1 COSA NON ASSICURIAMO.

17.1 CON TE IN SALUTE

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

A INFORMAZIONI, CONSIGLI E TUTORING TELEFONICO

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

1 CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI

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

2 PRENOTAZIONE VISITE ED ESAMI

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

La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi. Resta a carico dell'*Assicurato* il costo delle visite mediche e/o degli esami.

3 TUTORING ECCELLENZE SANITARIE

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

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

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

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

B PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 INVIO DI UN INFERMIERE

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



SEZIONE "TI ASSISTO" Formula Full

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

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

2 CONSEGNA FARMACI

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

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

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

C GESTIONE DELLE URGENZE

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

1 INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

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

2 TRASPORTO IN AMBULANZA

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

3 TRASFERIMENTO IN STRUTTURE SANITARIE SPECIALIZZATE

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

- individuare e prenotare la struttura sanitaria specializzata in Italia;
- organizzare i contatti medici con la struttura sanitaria;
- trasferire l'*Assicurato*, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
 - aereo di linea classe economica;
 - treno prima classe;
 - autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;

tenendone il costo a carico di Reale Mutua.

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



4 RIENTRO FUNERARIO

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

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia. La prestazione opera fino alla concorrenza di € 5.000 per *sinistro*.

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

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

D PARERE MEDICO COMPLEMENTARE

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

1 SECOND OPINION

La Second Opinion è rivolta all'*Assicurato* affetto da una grave alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostisca.

L'Assicurato potrà rivolgersi ai medici della *Centrale Operativa* di *Blue Assistance* e illustrare il caso clinico per il quale viene richiesta la seconda opinione medica.

Questi forniranno indicazione all'*Assicurato* su tutta la documentazione che dovrà presentare al suo medico curante (*cartella clinica* o documentazione medica equipollente equipollente, esiti di esami diagnostici, referti di *visite specialistiche*, immagini radiografiche o quant'altro necessario).

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

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

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

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

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

17.2 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.**



SEZIONE "TI ASSISTO" Formula Full

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

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'*Assicu-rato* necessiti di riadattare i locali della propria abitazione, la *Centrale Operativa* provvede a reperire un architetto che fornisca una consulenza sui lavori da eseguire.

Resta a carico dell'Assicurato il costo della consulenza.

B PRESTAZIONI E SERVIZI COMPLEMENTARI

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

1 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

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

2 INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

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

3 CONSEGNA SPESA

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

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



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

L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

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

4 SUPPORTO PSICOLOGICO

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

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.



SEZIONE "TI ASSISTO" Formula Full

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

2 PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI

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

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

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

3 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

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

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

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

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

4 EFFETTUAZIONE DI RADIOGRAFIE ED ECOGRAFIE

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

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

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

17.3 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 sanita-ria* per effettuare esami diagnostici, medicazioni.



1 INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

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

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

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

2 ASSISTENZA OSTETRICA PRE E POST-PARTO

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

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

Durante ogni visita l'ostetrica:

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

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

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

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

3 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

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

4 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

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

5 SUPPORTO PSICOLOGICO

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



SEZIONE "TI ASSISTO" Formula Full

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

(Post partum)

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

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

(Per il minore)

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

- a seguito di traumi e/o lesioni causati da atti di bullismo, regolarmente denunciati alle Pubbliche Autorità;
- in caso di stress psicofisico e/o malattia causata da disturbi del comportamento alimentare
 la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, organizzerà, se richieste entro
 60 giorni dal sinistro ovvero dalla denuncia alle Pubbliche Autorità o dal momento in cui è stata posta la diagnosi per la prima volta, delle sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista.
 La prestazione opera, previo invio della denuncia alle Pubbliche Autorità e/o della prescrizione medica attestante la data in cui è stato diagnosticato il disturbo psicologico, con il numero massimo di 10 sedute per anno assicurativo.

6 BANCA CELLULE STAMINALI DEL CORDONE OMBELICALE

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

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

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

B GESTIONE DELLE URGENZE

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

1 INVIO DI UN PEDIATRA

Qualora l'*Assicurato* necessiti della visita di un pediatra presso la propria *residenza* per il figlio con lui convivente, **ma non riesca a reperire il proprio pediatra di fiducia**, la *Centrale Operativa*, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario**, provvede ad inviare uno specialista presso la *residenza*.

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

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

2 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

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



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

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

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

3 INVIO DI UN TAXI

In caso di improvvisa indisponibilità del proprio *veicolo* per *guasto, incidente* o *furto,* la *Centrale Operativa,* **entro un limite massimo di 15 giorni dalla data del** *sinistro***,** provvede ad inviare un taxi, che consenta all'*Assicurato* o agli altri membri del *nucleo familiare,* di accompagnare a scuola o ad una visita medica i figli minori di 15 anni con lui conviventi.

Reale Mutua terrà a proprio carico la relativa spesa **una volta per anno assicurativo e con il limite com- plessivo di € 50.**

L'Assicurato è tenuto a fornire, su richiesta della *Centrale Operativa* ed al massimo entro 7 giorni dalla richiesta, il preventivo di riparazione da parte dell'officina autorizzata della casa costruttrice, o la denuncia di furto alle Pubbliche Autorità.

4 INVIO DI UNA BABY SITTER

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

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

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



ESCLUSIONI

18.1 COSA NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non eroga le prestazioni della presente Sezione qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta o indiretta di:

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

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



GESTIONE DEL SINISTRO

Per potere usufruire delle prestazioni indicate agli artt. 17.1 CON TE IN SALUTE, 17.2 CON TE A CASA, 17.3 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



+39 011 742 55 55

posta elettronica, all'indirizzo assistenza@blueassistance.it

L'Assicurato dovrà comunicare:

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

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

19.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

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

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

19.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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

19.3 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

Reale Mutua si riserva il diritto di chiedere all'*Assicurato* il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza di cui agli artt. 17.1 CON TE IN SALUTE, 17.2 CON TE A CASA, 17.3 CON TE IN FAMIGLIA che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di assicurazione.



FORMULA TARGET



SEZIONE KIDS Formula Target

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

SEZIONE KIDS

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

20 COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO e 22 ESCLUSIONI.

20.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO*

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

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

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

A SPESE SOSTENUTE DURANTE IL RICOVERO:

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

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

B SPESE SOSTENUTE SUCCESSIVAMENTE AL RICOVERO:

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

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

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

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

C SPESE SOSTENUTE IN ASSENZA DI *RICOVERO*

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



Formula Target SEZIONE KIDS

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

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

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

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

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

20.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI

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

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

20.3 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 sanita-ria* per effettuare esami diagnostici o medicazioni.

1 INVIO DI UNA BABY SITTER

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

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

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

2 INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

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

3 SUPPORTO PSICOLOGICO

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



SEZIONE KIDS Formula Target

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

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

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

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

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

B GESTIONE DELLE URGENZE

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

1 INVIO DI UN PEDIATRA

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

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

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

2 TRASPORTO IN AMBULANZA

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

3 RIENTRO SANITARIO

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

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



Formula Target SEZIONE KIDS

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

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

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

4 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

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

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

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

5 FORNITURA DI ATTREZZATURA MEDICO-CHIRURGICA

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

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

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

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

20.4 ACCESSO AL NETWORK

20.4.1 **OGGETTO**

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

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



SEZIONE KIDS Formula Target

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

20.4.2 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 <u>www.mynet.blue</u> ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

20.4.3 **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.



Formula Target SEZIONE KIDS

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

21 OPERATIVITÀ

Le garanzie di cui agli artt. 20.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO* e 20.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono operanti anche durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico con le modalità indicate di seguito:

- A *L'indennizzo* è corrisposto al 50% qualora l*'infortunio* si verifichi durante:
 - ◆ la pratica di alpinismo fino al 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), sci alpinismo, immersioni subacquee con autorespiratore (compresi i casi di embolia);
 - ◆ la partecipazione a gare e relativi allenamenti o prove organizzate dalle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva riconosciute dal C.O.N.I. di: calcio, calcetto (in tutte le forme), judo, karate e arti marziali in genere, ciclismo, pallacanestro, pallavolo, rugby, football americano, hockey, sci, snowboard, sport equestri.
- B L'assicurazione non vale comunque per gli infortuni derivanti da:
 - pratica a titolo professionistico di sport in genere;
 - pratica di sport estremi;
 - ◆ partecipazioni a gare motoristiche non di regolarità pura e alle relative prove;
 - pratica di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili); pratica di bungee jumping e attività simili;
 - pugilato;
 - kitesurf, idrosci, rafting, canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide e simili;
 - snowkite, salto del trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, bob-slittino-skeleton praticati su pista, alpinismo oltre il 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo. Per alpinismo / free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche.

Per le garanzie di cui agli artt. 20.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO e 20.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono considerati *infortuni* anche:

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

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



SEZIONE KIDS Formula Target

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

22 ESCLUSIONI

Relativamente alle garanzie di cui agli artt. 20.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO* e 20.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI, **Reale Mutua non indennizza gli** *infortuni*:

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

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

Sono inoltre confermate le esclusioni di cui all'art. 21 OPERATIVITÀ.

Reale Mutua non eroga le prestazioni della garanzia di cui all'art. 20.3 ASSISTENZA KIDS qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta o indiretta di:

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

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



Formula Target SEZIONE KIDS

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

23 GESTIONE DEL SINISTRO

Le garanzie di cui agli artt. 20.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO* e 20.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI sono regolamentate ai successivi artt. 23.1, 23.2 e 23.3.

La garanzia di cui all'art. 20.3 ASSISTENZA KIDS è regolamentata ai successivi artt. 23.4, 23.5, 23.6.

23.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

- dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è
 assegnata la polizza e fornire la descrizione dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e
 cause che lo hanno determinato;
- fornire, in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa o, in assenza di ricovero, referto del Pronto Soccorso Pubblico, integrate eventualmente dagli originali delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere;
- fornire, per la garanzia di cui all'art. 20.2 INDENNITÀ ABBONAMENTI NON GODUTI, la certificazione medica sulla natura dell'*infortunio* e della relativa prognosi e copia della documentazione attestante l'iscrizione all'attività sportiva, culturale o abbonamento a mezzi pubblici;
- provvedere direttamente al pagamento delle spese e presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti ad avvenuta liquidazione; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.).

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

23.2 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 23.1 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*.

23.3 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.



SEZIONE KIDS Formula Target

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

23.4 ASSISTENZA KIDS - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per potere usufruire delle prestazioni indicate all'art. 20.3 ASSISTENZA KIDS, l'Assicurato il Contraente o altra persona in sua vece deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

• telefono, ai numeri

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 55

posta elettronica, all'indirizzo assistenza@blueassistance.it

L'Assicurato dovrà comunicare:

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

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

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

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

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

23.5 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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

23.6 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

Reale Mutua si riserva il diritto di chiedere all'*Assicurato* il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza di cui all'art. 20.3 ASSISTENZA KIDS che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di assicurazione.



Formula Target SEZIONE DENTAL

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

SEZIONE DENTAL

24 COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO e 26 ESCLUSIONI.

24.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI

Reale Mutua paga, **una sola volta all'anno**, le spese sostenute per le prestazioni odontoiatriche, effettuate in *centri odontoiatrici convenzionati*, di seguito elencate con le modalità previste al successivo art. 25:

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

24.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

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

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

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

24.3 ACCESSO AL NETWORK

24.3.1 **OGGETTO**

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

24.3.2 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 <u>www.mynet.blue</u> ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

24.3.3 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.



SEZIONE DENTAL Formula Target

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

25 OPERATIVITÀ

Le garanzie di cui agli artt. 24.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI e 24.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO*, sono operanti purché le prestazioni odontoiatriche siano effettuate in *strutture sanitarie convenzionate*, previo utilizzo del *servizio www.mvnet.blue* e relativa stampa del voucher.

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

Qualora l'*Assicurato* usufruisca delle prestazioni odontoiatriche previste dalla garanzia di cui all'art. 24.1 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.24.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO sono considerati *infortuni* anche:

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

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



Formula Target SEZIONE DENTAL

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

26 ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni operano solo per la garanzia di cui all'art. 24.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRI-CHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO*.

Reale Mutua non indennizza gli *infortuni*:

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

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



SEZIONE DENTAL Formula Target

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

27 GESTIONE DEL *SINISTRO*

27.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per le garanzie di cui agli artt. 24.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI e 24.2 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 presentazione del voucher stampato tramite *servizio www.mynet.blue* in mancanza del quale le spese rimarranno a carico dell'*Assicurato*.

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

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

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

Per la garanzia di cui all'art. 24.1 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 24.2 RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI *INFORTUNIO*, in caso di *infortunio* **l'Assicurato deve inoltre:**

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

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

27.2 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 27.1 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. 24.1 RIMBORSO SPESE PER VISITA ODONTOIATRICA E DETARTRASI il giorno in cui vengono effettuate le prestazioni offerte dalla garanzia.



Formula Target SEZIONE DENTAL

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

27.3 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Blue Assistance – verificata l'operatività della garanzia – procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta. Le spese per i certificati restano a carico dell'Assicurato.

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

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



SEZIONE FISIO Formula Target

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

SEZIONE FISIO

28 COSA ASSICURIAMO

Le esclusioni sono indicate agli artt. 1.13 CHI NON ASSICURIAMO e 30 ESCLUSIONI.

28.1 INDENNITÀ PER INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO

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

28.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE

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

La garanzia è operante anche per fratture alle quali non viene applicato alcun mezzo di contenzione, purché sia resa necessaria permanenza continuativa a letto certificata da Pronto Soccorso Pubblico. La garanzia è operante anche qualora all'infortunio consegua una lesione distorsiva articolare senza interessamento dei legamenti certificata da Pronto Soccorso Pubblico, che comporti l'applicazione di mezzo di contenzione non amovibile per almeno 20 giorni consecutivi.

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

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

28.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE

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

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

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



Formula Target SEZIONE FISIO

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

28.4 ACCESSO AL NETWORK

28.4.1 **OGGETTO**

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

28.4.2 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 <u>www.mynet.blue</u> ed inserire il codice di accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

28.4.3 **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.



SEZIONE FISIO Formula Target

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

29 OPERATIVITÀ

Le garanzie di cui agli artt. 28.1 INDENNITÀ PER *INTERVENTO CHIRURGICO* A SEGUITO DI *INFORTU-NIO*, 28.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE e 28.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE sono operanti anche durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico con le modalità indicate di seguito:

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

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

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

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

Per le garanzie di cui agli artt. 28.1 INDENNITÀ PER *INTERVENTO CHIRURGICO* A SEGUITO DI *INFORTU-NIO*, 28.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE e 28.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE sono considerati *infortuni* anche:

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

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



Formula Target SEZIONE FISIO

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

30 ESCLUSIONI

Le presenti esclusioni non operano per il servizio non assicurativo di cui all'art. 28.4 ACCESSO AL NETWORK.

Reale Mutua non indennizza gli *infortuni*:

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

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

Sono inoltre confermate le esclusioni di cui all'art. 29 OPERATIVITÀ.



SEZIONE FISIO Formula Target

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

31 GESTIONE DEL SINISTRO

31.1 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

- ◆ dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a Blue Assistance o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza e fornire la descrizione dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;
- ◆ fornire, in caso di *ricovero* copia della *cartella clinica* completa o, referto del Pronto Soccorso Pubblico;
- fornire il referto medico da cui risulti l'applicazione di mezzo di contenzione, per la garanzia di cui all'art. 28.2 INDENNITÀ PER IMMOBILIZZAZIONE;
- ◆ fornire, per la garanzia di cui all'art. 28.3 RIMBORSO SPESE PER RIABILITAZIONE, la prescrizione del medico curante e presentare gli originali delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzati, che vengono poi restituiti ad avvenuta liquidazione e provvedere direttamente al pagamento delle spese; tale documentazione deve essere accompagnata da certificazione della struttura sanitaria dell'avvenuto pagamento delle suddette (ai sensi della Legge n. 296/2006 e s.m.i.).

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

31.2 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 31.1 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*.

31.3 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.



APPENDICE 1

TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

% incremento per età — FORMULA FOCUS (gravi patologie)																
Sezione "TI AFFIANCO"																
Are	a Pre e P	ost Ri	covero	A	rea Extr	a Rico	vero				Area Ind	ennita	ıria			
Rimborso Spese Pre e Post Ricovero Alta Diagnostica								Indennità per ricovero Diaria Post Ricovero								
età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	
0	0,00%	38	0,00%	0	0,00%	38	2,07%	0	0,00%	38	1,25%	0	0,00%	38	0,98%	
1	0,00%	39	0,00%	1	8,81%	39	2,04%	1	2,32%	39	1,24%	1	1,69%	39	0,97%	
2	0,00%	40	0,00%	2	8,17%	40	1,98%	2	2,27%	40	1,20%	2	1,67%	40	1,92%	
3	0,00%	41	12,76%	3	7,52%	41	0,19%	3	2,22%	41	1,22%	3	1,64%	41	0,94%	
4	0,00%	42	3,98%	4	6,96%	42	0,47%	4	2,21%	42	1,19%	4	1,61%	42	0,93%	
5	0,00%	43	4,42%	5	6,54%	43	0,73%	5	2,12%	43	1,19%	5	3,17%	43	0,93%	
6	0,00%	44	4,79%	6	6,16%	44	1,02%	6	2,08%	44	1,15%	6	1,54%	44	0,92%	
7	0,00%	45	5,14%	7	5,75%	45	1,29%	7	2,05%	45	1,16%	7	1,52%	45	1,82%	
8	0,00%	46	5,37%	8	5,47%	46	1,53%	8	2,01%	46	2,28%	8	1,49%	46	0,89%	
9	0,00%	47	5,59%	9	5,21%	47	1,78%	9	1,96%	47	3,49%	9	1,47%	47	0,88%	
10	0,00%	48	5,78%	10	4,93%	48	2,01%	10	1,94%	48	4,63%	10	1,45%	48	0,88%	
11	0,00%	49	5,87%	11	4,67%	49	2,23%	11	1,88%	49	5,56%	11	2,86%	49	0,87%	
12	0,00%	50	5,97%	12	4,49%	50	2,44%	12	1,86%	50	6,40%	12	1,39%	50	0,86%	
13	0,00%	51	6,02%	13	4,31%	51	2,62%	13	1,81%	51	7,07%	13	1,37%	51	1,71%	
14	0,00%	52	6,04%	14	4,10%	52	2,80%	14	1,80%	52	7,56%	14	1,35%	52	0,84%	
15	0,00%	53	6,05%	15	3,95%	53	2,95%	15	1,75%	53	7,95%	15	1,33%	53	0,00%	
16	40,02%	54	6,03%	16	3,80%	54	3,10%	16	1,75%	54	8,21%	16	1,32%	54	0,83%	
17	0,00%	55	5,99%	17	3,66%	55	3,22%	17	1,68%	55	8,36%	17	2,60%	55	0,83%	
18	0,00%	56	5,94%	18	3,53%	56	3,33%	18	1,68%	56	8,43%	18	1,27%	56	1,64%	
19	0,00%	57	5,87%	19	3,41%	57	3,43%	19	1,65%	57	8,44%	19	1,25%	57	2,42%	
20	0,00%	58	5,82%	20	3,32%	58	3,52%	20	1,62%	58	8,39%	20	1,23%	58	2,36%	
21	0,00%	59	5,74%	21	3,18%	59	3,60%	21	1,57%	59	8,31%	21	1,22%	59	3,08%	
22	0,00%	60	5,66%	22	3,10%	60	3,65%	22	1,59%	60	8,19%	22	2,41%	60	3,73%	
23	0,00%	61	5,57%	23	3,00%	61	3,70%	23	1,55%	61	8,05%	23	1,18%	61	3,60%	
24	0,00%	62	5,49%	24	2,92%	62	3,75%	24	1,51%	62	7,89%	24	1,16%	62	3,47%	
25	0,00%	63	5,40%	25	2,83%	63	3,77%	25	1,50%	63	7,73%	25	1,15%	63	4,03%	
26	0,00%	64	5,31%	26	2,76%	64	3,79%	26	1,47%	64	7,56%	26	1,14%	64	4,52%	
27	0,00%	65	5,22%	27	2,67%	65	3,82%	27	1,46%	65	7,39%	27	1,12%	65	4,32%	
28	0,00%	66	5,12%	28	2,62%	66	3,82%	28	1,44%	66	7,20%	28	2,22%	66	4,73%	
29	0,00%	67	5,04%	29	2,54%	67	3,83%	29	1,40%	67	7,03%	29	1,09%	67	5,08%	
30	0,00%	68	4,95%	30	2,47%	68	3,82%	30	1,38%	68	6,86%	30	1,08%	68	4,84%	
31	0,00%	69	4,86%	31	2,42%	69	3,81%	31	1,39%	69	6,69%	31	1,06%	69	5,13%	
32	0,00%	70	4,77%	32	2,38%	70	3,80%	32	1,34%	70	6,52%	32	1,05%	70	4,88%	
33	0,00%	71	4,69%	33	2,31%	71	3,79%	33	1,34%	71	6,36%	33	1,04%	71	5,12%	
34	0,00%	72	4,60%	34	2,25%	72	3,77%	34	1,32%	72	6,20%	34	2,06%	72	4,87%	
35	0,00%	73	4,52%	35	2,22%	73	3,75%	35	1,31%	73	6,05%	35	1,01%	73	5,06%	
36	0,00%	74	4,44%	36	2,16%	74	3,72%	36	1,27%	74	5,90%	36	1,00%	74	5,22%	
37	0,00%	75	4,36%	37	2,10%	75	3,70%	37	1,28%	75	5,76%	37	0,99%	75	4,96%	



	% incremento per età — FORMULA EXTRA																		
	Sezione "TI AFFIANCO"																		
		Area	Pre e P	ost I	Ricovero)						Are	ea Extro	a Ric	overo				
Rimborso Spese Pre e Post Ricovero								Δ	Alta Diagnostica Diagnostica Completa							Visite specialistiche e Accertamenti			
	Ann	uali			Polie	nnal									T	diagnostici			
età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%	età	%
0	0,00%	38	1,60%	0	0,00%	38	0,37%	0	0,00%	38	2,07%	0	0,00%	38	2,32%	0	0,00%	38	2,07%
2	3,95% 3,81%	39 40	1,58%	2	3,94%	39	0,52%	2	8,81%	39 40	2,04%	2	16,10% 13,90%	39 40	2,26%	2	8,86% 8,14%	39	2,03% 1,99%
3	3,67%	41	1,56% 1,53%	3	3,67%	40 41	0,80%	3	8,17% 7,52%	41	1,98% 0,19%	3	12,18%	41	2,21%	3	7,51%	40 41	0,19%
4	3,53%	42	0,32%	4	3,54%	42	0,93%	4	6,96%	42	0,47%	4	10,88%	42	2,04%	4	6,99%	42	0,46%
5	3,41%	43	0,94%	5	3,43%	43	1,07%	5	6,54%	43	0,73%	5	9,79%	43	2,09%	5	6,53%	43	0,75%
6	3,32%	44	1,57%	6	3,30%	44	1,19%	6	6,16%	44	1,02%	6	8,94%	44	2,12%	6	6,14%	44	1,02%
7	3,19%	45	2,16%	7	3,19%	45	1,32%	7	5,75%	45	1,29%	7	8,19%	45	2,13%	7	5,79%	45	1,28%
8	3,09%	46	2,71%	8	3,10%	46	1,44%	8	5,47%	46	1,53%	8	7,58%	46	2,14%	8	5,46%	46	1,54%
9	3,02%	47	3,24%	9	3,02%	47	1,56%	9	5,21%	47	1,78%	9	7,03%	47	2,16%	9	5,18%	47	1,78%
10	2,92%	48	3,71%	10	2,92%	48	1,66%	10	4,93%	48	2,01%	10	6,59%	48	2,17%	10	4,92%	48	2,01%
11	2,83%	49	4,12%	11	2,83%	49	1,77%	11	4,67%	49	2,23%	11	6,16%	49	2,18%	11	4,70%	49	2,23%
12	2,76%	50	4,49%	12	2,76%	50	1,87%	12	4,49%	50	2,44%	12	5,82%	50	2,19%	12	4,48%	50	2,43%
13	2,68%	51	4,80%	13	2,68%	51	1,96%	13	4,31%	51	2,62%	13	5,49%	51	2,20%	13	4,29%	51	2,62%
14	2,61%	52	5,06%	14	2,61%	52	2,04%	14	4,10%	52	2,80%	14	5,21%	52	2,21%	14	4,12%	52	2,80%
15	2,56%	53	5,28%	15	2,55%	53	1,42%	15	3,95%	53	2,95%	15	4,94%	53	2,21%	15	3,95%	53	2,95%
16	2,48%	54	5,45%	16	2,49%	54	5,45%	16	3,80%	54	3,10%	16	4,72%	54	2,21%	16	3,80%	54	3,10%
17	2,42%	55	5,58%	17	23,89%		5,58%	17	3,66%	55	3,22%	17	4,50%	55	2,22%	17	3,67%	55	3,22%
18	2,37%	56	2,89%	18	2,97%	56	2,89%	18	3,53%	56	3,33%	18	4,32%	56	2,22%	18	3,53%	56	3,34%
19	2,31%	57	3,67%	19	2,89%	57	3,66%	19	3,41%	57	3,43%	19	4,13%	57	2,21%	19	3,41%	57	3,43%
20	2,25% 2,21%	58 59	4,36% 4,97%	20	2,81%	58 59	4,36% 4,97%	20	3,32% 3,18%	58 59	3,52% 3,60%	20	3,97% 3,81%	58 59	2,21%	20	3,31%	58 59	3,52% 3,59%
22	2,21%	60	5,49%	22	2,66%	60	5,49%	22	3,10%	60	3,65%	22	3,68%	60	2,21%	22	3,09%	60	3,65%
23	2,10%	61	5,92%	23	2,59%	61	5,92%	23	3,00%	61	3,70%	23	3,54%	61	2,21%	23	3,00%	61	3,70%
24	2.07%	62	6,26%	24	2,53%	62	6,26%	24	2,92%	62	3,75%	24	3,43%	62	2,20%	24	2,92%	62	3,75%
25	2,03%	63	6,53%	25	2,46%	63	6,53%	25	2,83%	63	3,77%	25	3,31%	63	2,19%	25	2,83%	63	3,77%
26	1,99%	64	6,72%	26	2,40%	64	6,72%	26	2,76%	64	3,79%	26	3,21%	64	2,19%	26	2,75%	64	3,80%
27	1,97%	65	6,86%	27	2,34%	65	6,86%	27	2,67%	65	3,82%	27	3,10%	65	2,18%	27	2,68%	65	3,81%
28	1,91%	66	6,94%	28	2,30%	66	6,94%	28	2,62%	66	3,82%	28	3,01%	66	2,18%	28	2,61%	66	3,82%
29	1,87%	67	6,98%	29	2,24%	67	6,98%	29	2,54%	67	3,83%	29	2,92%	67	2,16%	29	2,54%	67	3,83%
30	1,85%	68	6,98%	30	2,19%	68	6,98%	30	2,47%	68	3,82%	30	2,84%	68	2,16%	30	2,48%	68	3,82%
31	1,81%	69	6,95%	31	2,15%	69	6,95%	31	2,42%	69	3,81%	31	2,76%	69	2,15%	31	2,42%	69	3,82%
32	1,78%	70	6,90%	32	2,10%	70	6,90%	32	2,38%	70	3,80%	32	2,69%	70	2,14%	32	2,36%	70	3,80%
33	1,75%	71	6,83%	33	2,06%	71	6,83%	33	2,31%	71	3,79%	33	2,61%	71	2,13%	33	2,31%	71	3,79%
34	1,71%	72	6,74%	34	2,01%	72	6,74%	34	2,25%	72	3,77%	34	2,55%	72	2,12%	34	2,26%	72	3,77%
35	1,68%	73	6,64%	35	1,98%	73	6,65%	35	2,22%	73	3,75%	35	2,48%	73	2,11%	35	2,21%	73	3,75%
36	1,67%	74	6,54%	36	0,07%	74	6,54%	36	2,16%	74	3,72%	36	2,43%	74	2,10%	36	2,16%	74	3,72%
37	1,63%	75	6,42%	37	0,22%	75	6,42%	37	2,10%	75	3,70%	37	2,37%	75	2,09%	37	2,12%	75	3,69%



% incremento per età – FORMULA EXTRA Sezione "TI AFFIANCO" Area indennitaria Indennità per ricovero **Diaria Post Ricovero** Annuali Poliennali **Annuali** Poliennali % età età % 0 0,00% 38 1,20% 0 0,00% 38 0,49% 0 0,00% 38 0,51% 0 0,00% 38 3,36% 3,49% 1 2,14% 39 1,17% 2,14% 39 0,61% 3,49% 0,51% 3,25% 2 2,10% 1,18% 2 2,10% 0,71% 4,49% 2 4,49% 40 3,54% 40 40 2 40 1,02% 3 2,04% 41 0,30% 2,04% 41 0,81% 3,23% 41 1,01% 3 3,23% 41 0,38% 4 2,02% 42 0,92% 4 2,02% 42 0,91% 4 3,13% 42 1,00% 4 3,13% 42 0,00% 5 1,98% 43 5 1,98% 43 1,01% 5 3,03% 0,99% 5 3,03% 43 1,52% 43 0,38% 6 1,92% 44 2,10% 6 1,92% 44 1,10% 6 2,94% 44 1,46% 6 2,94% 44 0,75% 7 1,90% 7 1,90% 7 45 45 2,64% 45 1,20% 2,86% 45 1,44% 7 2,86% 0,75% 8 1,87% 3,15% 1,87% 46 1,28% 3,70% 1,42% 3,70% 46 1,12% 46 8 46 9 1,82% 47 3,60% 9 1,82% 47 1,37% 9 2,68% 47 1,87% 9 2,68% 47 1,10% 10 1,81% 48 4,01% 10 48 10 2,61% 48 10 2,61% 48 1,09% 1,81% 1,45% 1,83% 11 1,76% 49 4,37% 11 1,76% 49 1,53% 11 2,54% 49 1,80% 11 2,54% 49 1,44% 12 1,73% **50** 4,68% 12 1,73% **50** 1,60% 12 2,48% **50** 2,21% 12 2,48% 50 1,42% 13 1,71% 51 4,94% 1,71% 51 51 2,42% 51 1,75% 13 1,67% 13 2,42% 1,73% 13 14 1,67% 5,16% 14 1,67% 1,74% 3,15% 2,13% 3,15% 1,72% 52 52 14 52 2,29% 2,29% 15 1,65% 53 5,33% 15 1,65% 53 1,80% 15 53 0,42% 15 53 2,03% 16 1,62% 54 5,46% 16 1,62% 54 1,86% 16 2,24% 54 1,66% 16 2,24% 54 1,99% 17 1,60% 5,57% 1,60% 1,92% 2,19% 55 2,45% 17 16,79% 55 55 17 55 17 2,27% 18 1,57% 56 5,64% 18 1,57% 56 1,97% 18 2,14% 56 3,19% 18 2,50% 56 2,22% 1,54% 5,68% 2,10% 2,44% 2,48% 19 57 19 1,54% **57** 2,01% 19 **57** 3,86% 19 **57** 20 1,53% 58 5.70% 20 1,53% 58 9.13% 20 2.05% 58 4.83% 20 2,38% 58 2.42% 21 1,49% 59 5,70% 21 10,91% 59 5,70% 21 2,68% 59 5,32% 21 2,91% 59 2,37% 1,48% 5,68% 1,96% 5,72% 2,26% 22 60 22 3,03% 60 5,68% 22 60 22 60 2,60% 23 1,46% 61 5,66% 3,33% 61 5,66% 23 1,92% 6,05% 23 2,21% 61 2,82% 24 1,43% 62 5,61% 24 3,59% 62 5,61% 24 1,89% 62 6,61% 24 2,70% 62 2,74% 25 1,43% 5,56% 25 3,83% 5,56% 25 1,85% 6,76% 25 0,00% 2,67% 26 1,39% 64 5,50% 26 4,03% 64 5,50% 26 1,82% 64 7,12% 26 0,53% 64 5,45% 27 1,37% 5,44% 4,21% 2,38% 0,52% 65 27 65 5,44% 27 65 7,14% 27 65 7,14% 28 1,36% 66 5,37% 28 4,35% 66 5,37% 28 1,74% 66 7,13% 28 1,04% 66 7,13% 29 1,34% 67 5,29% 29 4,49% 67 5,29% 29 1,71% 67 7,08% 29 1,55% 67 7,08% 30 1,32% 68 5,22% 30 4,58% 68 5,22% 30 1,69% 68 7,21% 30 1,52% 68 7,21% 31 1,31% 69 5,14% 31 4,66% 69 5,14% 31 1,66% 69 7,10% 31 2,00% 69 7,10% 1,29% 70 5,06% 5,06% 6,98% 1,96% 70 32 32 4,72% 70 32 1,63% 70 32 6,98% 33 1,27% 71 4,98% 33 4,76% 71 4,98% 33 2,14% 71 6,85% 33 2,40% 71 6,85% 34 1,25% 72 4,90% 34 0,06% 72 4,90% 34 1,57% 72 6,87% 34 2,35% 72 6,87% 4,82% 35 0,17% 73 1,24% 73 35 73 4,82% 35 0,00% 73 6,71% 35 3,21% 6,71%



36

37

1,22%

1,21%

74

75

4,74%

4,66%

36

37

0,27%

0,39%

74

75

4,74%

4,66%

37

0,00%

0,52%

75

6,69%

6,52%

37

2,67%

3,03%

74

75

6,69%

6,52%

Sezione "TI AFFIANCO" Area Ricovero — Opzione Comfort Rimborso Spese Mediche Rimborso Spese Mediche — Limitazione a Intervento chirurgico Poliennoli	Spese Limit a Gravi	– azione	e ogie
Rimborso Spese Mediche Rimborso Spese Mediche Rimborso Spese Mediche Limitazione a Intervento chirurgico Spese Spese Mediche Limitazione a Intervento chirurgico Spese S	Spese Limit a Gravi	Medich — azione Patolo	e ogie
Rimborso Spese Mediche	Spese Limit a Gravi	Medich — azione Patolo	e ogie
età Zona 1 Zona 2 Zona 3 età Zona 1 Zona 2 Zona 3 età Zona 3 età Zona 1 Zona 2 Zona 3 età Zona 1 Zona 3 Zona 3 Zona 1 Zona 3 Zona 3 Zona 1 Zona 3	Limit a Gravi	– azione Patolo	e ogie
età Zona 1 Zona 2 Zona 3 età Zona 1 Zona 2 Zona 3 età Zona 3 età Zona 1 Zona 2 Zona 3 età Zona 3 Zona 3 Zona 3 Zona 3 Zona 3<	a Gravi i % 0,00%	Patolo	gie
0 0,00% 0,00% 38 2,34% 2,34% 2,34% 0 0,00% 0,00% 38 0,64% 0,04% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93%	0,00%	T T	
0 0,00% 0,00% 38 2,34% 2,34% 2,34% 0 0,00% 0,00% 38 0,64% 0,04% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,93% 0,99% 0,99% 2,24% 2,24% 2,24% 2,14% 11,49% 14,90% 14,90% 14,90% 14,90% 14,90% 14,90%<	0,00%		%
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% 0,82% 0,82% 1 2 14,90% 14,90% 14,90% 14,90% 14,90% 14,90% 40 0,99% 0,99% 0,99% 2 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% 3 4 11,47% 11,48% 11,48% 42 2,22% 2,22% 2,22% 2,22% 2,22% 2,22% 2,22% 2,22% 2,22% 2,22% 2,22% 2,22% 2,22% 2,28% 4 11,48% 14,48% 1,48% <t< th=""><th>6,77%</th><th>38</th><th>1,93%</th></t<>	6,77%	38	1,93%
3 12,97% 12,96% 12,95% 41 2,19% 2,19% 2,19% 3 12,97% 12,95% 41 1,16% 1,32% 4 5 10,29% 10,29% 10,29% 10,29% 43 1,48% 1,48% 1,48% 5 6 9,34% 9,33% 9,33% 9,33% 9,33% 9,33% 9,33% 9,33% 1,77% 1,77% 1,77% 1,77% <th></th> <th>39</th> <th>1,90%</th>		39	1,90%
4 11,47% 11,48% 11,48% 11,48% 11,48% 11,48% 11,48% 11,48% 11,48% 11,48% 11,48% 11,48% 11,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,32% 1,48% 5 5 10,29% 10,29% 10,29% 10,29% 10,29% 10,29% 43 1,48% <td< th=""><th>6,34%</th><th>40</th><th>1,86%</th></td<>	6,34%	40	1,86%
5 10,29% 10,29% 10,29% 43 1,87% 1,87% 1,87% 5 10,29% 10,29% 43 1,48% 1,48% 5 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% 6 7 8,53% 8,54% 8,54% 45 2,66% 2,66% 2,66% 7 8,53% 8,54% 45 1,77% 1,77% 7 8 7,87% 7,86% 46 3,01% 3,01% 3,01% 8 7,87% 7,86% 46 1,90% 1,90% 8 9 7,29% 7,29% 7,29% 7,29% 7,29% 7,30% 47 2,03% <	5,93%	41	3,73%
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 7 8,53% 8,54% 8,54% 45 2,66% 2,66% 2,66% 7 8,53% 8,54% 45 1,77% 1,77% 7 8 7,87% 7,87% 7,86% 46 3,01% 3,01% 3,01% 8 7,87% 7,86% 46 1,90%	5,63%	42	4,67%
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% 7 8 7,87% 7,88% 7,86% 46 3,01% 3,01% 3,01% 8 7,87% 7,86% 46 1,90% 1,90% 1,90% 8 9 7,29% 7,29% 7,30% 47 3,33% 3,33% 3,33% 9 7,29% 7,30% 47 2,03% 2,03% 9 10 6,80% 6,80% 6,80% 6,79% 48 3,61% 3,61% 3,61% 10 6,80% 6,80% 6,79% 48 2,15% <th>5,33%</th> <th>43</th> <th>5,49%</th>	5,33%	43	5,49%
8 7,87% 7,88% 46 3,01% 3,01% 3,01% 8 7,87% 7,86% 46 1,90% 2,03% 2,03% 2,03% 2,03% 2,03% 9 10 6,80% 6,80% 6,80% 6,79% 48 3,61% 3,61% 3,61% 10 6,80% 6,79% 48 2,15% 2,15% 2,15% 10 11 6,36% 6,36% 6,36% 6,36% 6,36% 6,37% 49 2,26% 2,26% 2,26% 2,26% 12 12 5,98% 5,98% 5,98% 50 2,36% 2,36% 2,36% 12 12 5,98%	5,06%	44	6,16%
9 7,29% 7,30% 47 3,33% 3,33% 3,33% 9 7,29% 7,30% 47 2,03% 2,03% 2,03% 2,03% 2,03% 9 10 6,80% 6,80% 6,80% 6,80% 6,79% 48 2,15% 2,26% 2,26% 2,26% 2,26% 2,26% 2,26% 2,26% 2,36% 2,36% 2,36% 2,36% 2,36% 2,36% 2,36% 2,36% 2,36	4,79%	45	6,72%
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 11 6,36% 6,36% 6,36% 6,36% 6,36% 6,37% 49 2,26% 2,26% 2,26% 11 12 5,98% 5,98% 5,98% 50 4,09% 4,09% 4,09% 5,98% 5,98% 50 2,36% 2,36% 12 13 5,65% 5,65% 5,65% 51 4,28% 4,28% 4,28% 13 5,65% 5,65% 51 2,46% 2,46% 2,46% 13 14 5,34% 5,34% 5,34% 52 4,44% 4,44% 4,44% 14 5,34% 5,34% 52 2,54% 14 15 5,07% 5,07% 5,07% 53 4,58% 4,58% 4,58% 15 5,07% 5,07% 53 14,72% 14,72% 14,	4,60%	46	7,16%
11 6,36% 6,36% 6,37% 49 3,87% 3,87% 3,87% 11 6,36% 6,37% 49 2,26% 2,26% 2,26% 11 12 5,98% 5,98% 5,98% 50 4,09% 4,09% 4,09% 5,98% 5,98% 50 2,36% 2,36% 2,36% 12 13 5,65% 5,65% 5,65% 51 4,28% 4,28% 4,28% 13 5,65% 5,65% 51 2,46% 2,46% 2,46% 13 14 5,34% 5,34% 5,34% 52 4,44% 4,44% 4,44% 14 5,34% 5,34% 52 2,54% 2,54% 14 15 5,07% 5,07% 5,07% 53 4,58% 4,58% 4,58% 15 5,07% 5,07% 53 14,72% 14,72% 14 15 5,07% 5,07% 5,07% 5,07% 5,07% 5,07% 5,07% 5,07% 5,07%	4,39%	47	7,48%
12 5,98% 5,98% 5,98% 50 4,09% 4,09% 4,09% 12 5,98% 5,98% 50 2,36% 2,36% 2,36% 12 13 5,65% 5,65% 5,65% 51 4,28% 4,28% 4,28% 13 5,65% 5,65% 51 2,46% 2,46% 2,46% 2,46% 2,46% 13 14 5,34% 5,34% 5,34% 52 4,44% 4,44% 4,44% 14 5,34% 5,34% 52 2,54% 2,54% 14 15 5,07% 5,07% 5,07% 53 4,58% 4,58% 4,58% 15 5,07% 5,07% 53 14,72% 14,72% 14 16 4,83% 4,83% 4,83% 4,69% 4,68% 4,69% 16 4,83% 4,83% 54 4,69% 4,68% 4,69% 16 4,83% 4,83% 54 4,69% 4,67% 4,77% 4,77% 17 4,61% <th< th=""><th></th><th>48</th><th>7,70%</th></th<>		48	7,70%
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 14 5,34% 5,34% 5,34% 52 4,44% 4,44% 4,44% 5,34% 5,34% 52 2,54% 2,54% 14 15 5,07% 5,07% 5,07% 53 4,58% 4,58% 4,58% 15 5,07% 5,07% 53 14,72% 14,72% 14 16 4,83% 4,83% 4,83% 4,69% 4,69% 4,69% 16 4,83% 4,83% 54 4,69% 4,69% 16 17 4,61% 4,61% 4,60% 55 4,77% 4,77% 4,77% 17 4,61% 4,60% 55 4,77% 4,77% 17 18 4,40% 4,40% 4,40% 56 3,01% 3,00% 3,01% 18 14,46% 14,47% 14,47%	4,02%	49	2,02%
14 5,34% 5,34% 52 4,44% 4,44% 4,44% 14 5,34% 5,34% 52 2,54% 2,54% 2,54% 14 15 5,07% 5,07% 5,07% 53 4,58% 4,58% 4,58% 15 5,07% 5,07% 5,07% 14,72% 14,72% 14,72% 15 16 4,83% 4,83% 4,83% 4,69% 4,68% 4,69% 16 4,83% 4,83% 54 4,69% 4,69% 16 17 4,61% 4,61% 4,60% 55 4,77% 4,77% 4,77% 17 4,61% 4,60% 55 4,77% 4,77% 17 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	, , ,	50 51	3,04%
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 16 4,83% 4,83% 54 4,69% 4,68% 4,69% 16 4,83% 4,83% 54 4,69% 4,69% 16 17 4,61% 4,61% 4,61% 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% 17 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%		52	4,82%
16 4,83% 4,83% 4,83% 54 4,69% 4,68% 4,69% 16 4,83% 4,83% 4,83% 54 4,69% 4,69% 16 17 4,61% 4,61% 4,61% 4,61% 4,61% 4,60% 55 4,77% 4,77% 17 4,61% 4,61% 4,60% 55 4,77% 4,77% 17 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	· ·	53	5,55%
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% 17 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		54	6,16%
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	3,25%	55	6,64%
	-	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% 21 4,50% 4,50% 4,50% 59 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% 61 4,11% 4,11% 4,11% 23	- '	61	7,68%
24 3,48% 3,48% 62 4,25% 4,25% 4,25% 24 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% 63 4,37% 4,37% 4,37% 25		63	7,58%
26 3,26% 3,26% 3,26% 64 4,47% 4,47% 4,47% 26 3,67% 3,67% 64 4,47% 4,47% 4,47% 26	-	64	0,83%
27 3,15% 3,15% 3,15% 65 4,54% 4,54% 4,54% 27 3,54% 3,54% 65 4,54% 4,54% 4,54% 27	-	65	1,66%
28 3,06% 3,06% 3,06% 66 4,60% 4,60% 4,60% 28 3,42% 3,42% 66 4,60% 4,60% 4,60% 28	-	66	2,46%
29 2,97% 2,97% 2,97% 67 4,64% 4,64% 4,64% 29 3,31% 3,31% 67 4,64% 4,64% 4,64% 29	-	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 3,20% 3,20% 3,20% 68 4,67% 4,67% 4,67% 4,67% 30 3,20% 3		68	3,89%
31 2,80% 2,80% 2,80% 69 4,68% 4,69% 4,68% 31 3,10% 3,10% 69 4,68% 4,69% 4,68% 31 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	-	69	4,50%
32 2,72% 2,72% 2,72% 70 4,69% 4,69% 4,69% 32 3,01% 3,01% 70 4,69% 4,69% 4,69% 32 3 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	· '	70	5,03% 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% 34		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		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		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		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 Zona 1 Zona 3 età Zona 1 Zona 2 età 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% 17,50% 17,50% 17,50% 2,29% 2,29% 17,50% 17,50% 17,50% 1 39 2,29% 1 39 0,82% 0,82% 0,82% 14,90% 14,90% 14,90% 2,24% 2,24% 2,24% 2 14,90% 14,90% 14,90% 0,99% 0,99% 0,99% 2 40 40 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% 11,47% 11,48% 11,48% 1,32% 1,32% 1,32% 5 10,29% 10,29% 10,29% 5 10,29% 10,29% 10,29% 43 1,87% 1,87% 1,87% 43 1,48% 1,48% 1,48% 6 9,34% 9,33% 9,34% 2,28% 2,28% 2,28% 9,34% 9,33% 9,34% 1,63% 1,63% 1,63% 7 8,53% 8,54% 8,54% 45 2,66% 2,66% 7 8,53% 8,54% 8,54% 45 1,77% 1,77% 1,77% 2,66% 8 7,87% 7,87% 7,86% 3,01% 3,01% 3,01% 7,87% 7,87% 7,86% 1,90% 1,90% 1,90% 46 8 46 9 7,29% 7,29% 7,29% 7,30% 7,30% 47 3,33% 3,33% 3,33% 9 7,29% 47 2,03% 2,03% 2,03% 6,80% 6,79% 3,61% 6,79% 10 6,80% 48 3,61% 3,61% 10 6,80% 6,80% 48 2,15% 2,15% 2,15% 11 6,36% 6,36% 6,37% 49 3,87% 3,87% 3,87% 6,36% 6,36% 6,37% 2,26% 2,26% 2,26% 11 49 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% 5,65% 5,65% 2,46% 13 5,65% 51 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% 5,07% 53 4,58% 15 5,07% 5,07% 4,58% 4,58% 15 5,07% 5,07% 5,07% 53 14,72% 14,72% 14,72% 4,83% 16 4,83% 4,83% 4,83% 54 4,69% 4,68% 4,69% 4,83% 4,83% 54 4,69% 4,68% 4,69% 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% 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% 4,71% 4,71% 4,72% 3,53% 3,53% 20 58 3,53% 3,89% 3,89% 3,89% 59 3,75% 3,75% 3,75% 4,50% 4,50% 4,50% 3,75% 21 21 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% 3,61% 4,11% 4,11% 4,11% 23 3,61% 3,61% 61 4,11% 4,11% 23 4,13% 4,13% 4,13% 61 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% 4,47% 4,47% 26 3,26% 3,26% 3,26% 64 4,47% 4,47% 26 3,67% 3,67% 3,67% 64 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% 4,60% 4,60% 4,60% 29 2,97% 2,97% 2,97% 67 4,64% 4,64% 29 3,31% 4,64% 4,64% 3,31% 3,31% 67 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% 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% 4,68% 4,69% 4,68% 3,10% 69 2,72% 2,72% 2,72% 4,69% 4,69% 4,69% 3,01% 3,01% 3,01% 4,69% 4,69% 4,69% 32 70 32 70 71 33 2,65% 2,65% 2,65% 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% 4,67% 4,67% 2,58% 72 4,67% 4,67% 34 2,84% 2,84% 2,84% 72 4,67% 4,67% 2,52% 35 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"																						
		Are	a Extr	a Ri	icovero	- (Opzion	e C	omfor	t		Area Extra Ricovero — Opzione Deluxe											
	Alta Diagnostica Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici							Alta Diagnostica					Diagn Com		Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici								
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	- / -		2,04%	1	16,10%		-		8,86%	_		1	8,86%	39	, -	1	16,12%		-	1	1,83%	39	1,08%
2			1,98%	2	13,90%		-	2	8,14%	_	1,99%	2	8,14%	40	1,99%	2	13,88%			2	1,80%		1,07%
3	7,52%		0,19%	3	12,18%	_	2,04%	3	7,51%	41	0,19%	3	7,49%	41	0,19%	3	12,21%		-	3	1,77%	41	1,06%
4	6,96%			4	10,88%		-		6,99%			4	7,03%	42	0,47%	4	10,86%			4	1,73%	42	1,04%
5	6,54%			5	9,79%		2,09%		6,53%	43		5	6,54%	43	-	5	9,82%		2,09%	5	1,70%	43	1,03%
6	6,16%		1,02%	6	8,94%		2,12%	6	6,14%	44	1,02%	6	6,14%	44	1,01%	6	8,92%	44		6	1,68%	44	1,03%
7	5,75%		1,29%	7	8,19%		2,13%	7	5,79%	45	1,28%	7	5,78%	45	1,28%	7	8,18%	45		7	1,64%	45	0,43%
8	5,47%		1,53%	8	7,58%		2,14%	8	5,46%	_	1,54%	8	5,47%	46	1,54%	8	7,59%	46		8	1,62%	46	
9	5,21%		1,78%	9	7,03% 6.59%		2,16%	9	5,18%	47	1,78%	9	5,14%	47	1,78%	9	7,05%	47		9	1,60%	47	1,03%
10	4,93%		2,01%		6,16%		-		4,92%		-	11	4,93%	48 49	2,02%	10	6,57% 6,17%	48 49	2,18%	10	1,57%	48 49	1,33%
11 12	.,		2,23%		5.82%		2,18% 2,19%		4,70% 4,48%		2,23%	12	4,70% 4,49%	50	2,24%		5,81%	50	2,19%	11 12	1,55% 1,53%	50	1,60% 1,87%
13			2,62%		5,49%		-		4,29%		-		4,30%	_			5,50%	51		13	1,50%		2,12%
14	-		2,80%		5,21%		2,21%		-				-	52			5,21%	52		14	1,48%		2,36%
15			2,95%		4,94%		2,21%				-	15	3,94%	53	2,95%		4,94%	53	-	15	1,46%	53	2,58%
16			3,10%				-		3,80%		3,10%		3,81%	54	-		4,73%	54		16	1,44%	54	2,78%
17			3,22%		4,50%		2,22%						3,68%	_	-		4,49%		2,22%	17	1,41%	55	2,97%
18			3,33%		4,32%		2,22%						3,54%		-	18	4,32%	56			1,40%		3,14%
19	3,41%		3,43%		4,13%		-		3,41%	57	3,43%	19	3,40%	57	3,43%	19	4,14%	57	-	19	1,38%	57	3,29%
20	3,32%	58	3,52%	20	3,97%		2,21%		3,31%	58	-	20	3,30%	58			3,96%	58		20	1,36%	58	
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%
						_				_			2,66%	_				_		_		_	
					3,01%					_			2,61%	_						_			
					2,92%	_				_			2,55%	_		_							3,99%
			-		2,84%	_				_			2,49%	_		_			-				4,00%
					2,76%					_			2,42%	_		_					1,18%		4,00%
					2,69%					_			2,37%	_		_					1,17%		4,00%
													2,30%			_					1,16%		3,99%
					2,55%												2,55%				1,14%		3,98%
					2,48%					_						_	2,48%				1,13%		3,96%
					2,43%					_						_	2,43%						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 % 0,00% 0 0,00% 38 1,20% 0 0,00% 38 0,49% 0 38 1,25% 1 39 1 0,61% 1 2,32% 39 2,14% 1,17% 2,14% 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% 5 1,98% 43 1,01% 5 1,19% 43 1,52% 2,12% 43 1,92% 2,10% 6 44 6 44 6 44 1,92% 1,10% 2,08% 1,15% 7 7 7 1,90% 45 2,64% 45 45 1,90% 1,20% 2,05% 1,16% 8 1,87% 46 3,15% 8 1,87% 46 1,28% 8 2,01% 46 2,28% 9 1,82% 9 1,82% 1,37% 9 1,96% 3,49% 47 3,60% 47 47 10 1,81% 4,01% 10 48 10 1,94% 48 48 1,81% 1,45% 4,63% 11 11 49 1,76% 49 4,37% 1,76% 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% 1,54% **57** 8.44% 19 **57** 5,68% 19 1.54% **57** 2,01% 19 1,65% 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 31 69 5,14% 31 1,39% 69 5,14% 4,66% 6,69% 1,29% 70 5,06% **32** 4,72% 70 5,06% 1,34% 70 6,52% 32 32 71 71 33 1,27% 71 4,98% 33 4,76% 4,98% 1,34% 33 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% 4,74% 74 74 36 1,22% 74 36 0,27% 4,74% 36 1,27% 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 1 1 3,49% 39 0,51% 3,49% 39 3,25% 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 42 0,00% 4 1,61% 42 3,13% 0,93% 5 5 5 3,03% 43 0,99% 3,03% 43 0,38% 3,17% 43 0,93% 2,94% 6 0,75% 1,54% 6 44 1,46% 2,94% 44 6 44 0,92% 7 7 7 45 1,52% 45 2,86% 45 1,44% 2,86% 0,75% 1,82% 8 3,70% 46 1,42% 8 3,70% 46 1,12% 8 1,49% 46 0,89% 9 9 2,68% 47 1,87% 2,68% 47 1,10% 9 1,47% 47 0,88% 10 10 10 2,61% 48 1,83% 2,61% 48 1,09% 1,45% 48 0,88% 11 11 49 2,54% 49 1,80% 2,54% 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% 2,10% 19 **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% 4,32% 27 2,38% 65 7,14% 27 0,52% 65 7,14% 27 1,12% 65 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% 69 31 2,00% 69 31 1,66% 7,10% 69 7,10% 31 1,06% 5,13% 1,63% 70 6,98% **32** 1,96% 70 6,98% 1,05% 70 4,88% 32 32 71 71 33 2,14% 71 33 6,85% 6,85% 2,40% 33 1,04% 5,12% 34 1,57% 72 6,87% 34 72 6,87% 2,06% 72 4,87% 2,35% 34 35 0,00% 73 6,71% 35 3,21% 73 6,71% 35 1,01% 73 5,06% 74 74 36 0,00% 74 6,69% 36 2,67% 6,69% 36 1,00% 5,22%



4,96%

37

0,52%

75

6,52%

37

3,03%

75

6,52%

37

0,99%

75

APPENDICE 2

ELENCO DELLE GRAVI PATOLOGIE

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



PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Aneurismi o stenosi o rotture dell'aorta toracica o addominale o delle arterie renali o delle arterie endocraniche o della vena cava superiore o vena cava inferiore con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angio- grafia o altri accertamenti similari) e la necessità dell' <i>inter-</i> <i>vento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Pancreatite acuta	Forma di pancreatite caratterizzata da necrosi, suppurazione, gangrena ed emorragia, con esordio improvviso caratterizzata da dolori addominali, nausea e vomito. La diagnosi deve essere confermata dagli esami e da referto di T.A.C. o R.M.N
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: cuore polmone fegato pancreas rene	La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.
Ustioni gravi Sclerosi multipla o a placche	Ustioni di terzo grado dovute ad <i>infortunio</i> ed estese almeno al 40% della superficie corporea. <i>Malattia</i> 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.
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	Malattia neurodegenerativa progressiva dei motoneuroni spinali o cerebrali. La diagnosi deve essere posta da parte di uno specialista neurologo di clinica o Istituto universitario di neurologia. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.
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 <i>malattia</i> . La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi.
Fratture vertebrali, delle ossa facciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti similari) e la necessità dell'intervento chirurgico va certificata da Medico specialista della materia.



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



PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: emo-trasfusioni periodiche; terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; trapianto di midollo osseo. La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da <i>infortunio</i> o <i>malattia</i> . 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 <i>cartella clinica</i> completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
<i>Ricovero</i> in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso <i>ricovero</i> in Unità Coro- narica)	Infortuni, gravi malori improvvisi che necessitano di <i>rico-vero</i> 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 sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o droghe alla competenza dell'Autorità giudiziaria.

ART. 1342 CONTRATTO CONCLUSO MEDIANTE MODULI O FORMULARI

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

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

ART. 1469 BIS CONTRATTI DEL CONSUMATORE

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

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

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

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

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

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

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

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



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

ART. 1894 ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

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

ART. 1897 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 1898 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

ART. 1901 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

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

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

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



ART. 1910 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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

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

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

ART. 1913 AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

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

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

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

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

ART. 1916 DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

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

ART 2952 PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE

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



Servizio Clienti Buongiorno Reale

800 320 320

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20 buongiornoreale@realemutua.it

Assistenza stradale, per l'abitazione e la salute

800 092 092

24 ore su 24 7 giorni su 7

IL TUO AGENTE REALE





REALE GROUP

TOGETHERMORE

Società Reale Mutua di Assicurazioni - Fondata nel 1828 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello, 11 10122 Torino (Italia) - Tel. +39 011 4311111 - Fax +39 011 4350966 - realemutua@pec.realemutua.it www.realemutua.it - Registro Imprese Torino, Codice Fiscale 00875360018 - N. Partita IVA 11998320011 - R.E.A. Torino N. 9806 - Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.



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