

**PREVIP CASSA DI ASSISTENZA
GRUPPO BANCO DESIO**

**Piano sanitario destinato ai dipendenti delle società del
GRUPPO BANCO DESIO**



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

SOMMARIO

SEZIONE I

Definizioni pag. 3

SEZIONE II

Condizioni Generali di Assicurazione pag. 9

SEZIONE III

Oggetto dell'assicurazione – prestazioni assicurate pag. 13

SEZIONE IV

Delimitazioni ed esclusioni pag. 34

SEZIONE V

Come avviene la liquidazione del sinistro pag. 36

SEZIONE VI

Assistenza pag. 42

ALLEGATO A

Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie pag. 44

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

SEZIONE I

DEFINIZIONI

Nel testo della presente polizza di assicurazione che segue, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Nelle parti che seguono, si intende per:

Assicurazione: Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assicurato: Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma

Associato: GRUPPO BANCO DESIO, associato alla Cassa

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.

Cartella Clinica: Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico redatto durante la degenza diurna o con pernottamento in Istituto di cura, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, l'anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, gli esami e il diario clinico nonché la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Cassa/Fondo: PREVIP CASSA DI ASSISTENZA, Viale Vittorio Veneto, 18 - 20124 Milano, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

Centrale operativa: Componente della struttura organizzativa di Blue Assistance costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza. La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a: organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate; fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare

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

complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Chirurgia Bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente: Il Fondo Sanitario (Cassa di Assistenza) PREVIP CASSA DI ASSISTENZA, iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, di cui ai Decreti del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che stipula la polizza per conto dell'Associato.

Day-Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite

Documentazione medica: Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Franchigia: La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto l'importo garantito.

Infortunio: L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili e documentabili.

Indennità sostitutiva (Diaria): Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero e in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Indennizzo: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Intervento chirurgico: Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici. **Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopia non sono considerate intervento chirurgico.**

Intervento chirurgico ambulatoriale: Intervento chirurgico eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

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

Intervento chirurgico concomitante: qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di cura: Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, anche in regime di degenza diurna, **con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno, dei gerontocomi e degli ospizi per anziani, delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).**

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

Malattia: Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio. **La gravidanza non è considerata malattia.**

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS).

Malformazione: Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale: L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste. **Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per nucleo familiare e per anno assicurativo.**

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

Medicina alternativa o complementare: le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Network: Rete convenzionata di Blue Assistance, costituita da Ospedali, Istituti a carattere Scientifico, Case di Cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici specialisti e Odontoiatri, Centri Ottici, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile nell'Area Riservata accessibile dal sito internet www.blueassistance.it. o tramite App mobile.

Nucleo familiare: Per nucleo familiare del Dipendente si intende quello composto da:

- coniuge
- convivente more uxorio (anche dello stesso sesso)
- figli fiscalmente a carico

tutti conviventi con il Dipendente, come risultanti dal certificato anagrafico “stato di famiglia”.

Qualora il Dipendente risulti legalmente separato/divorziato, i figli a carico si intendono compresi nel nucleo anche qualora non conviventi o non inseriti nel certificato Stato di famiglia. In caso di sinistro, su richiesta di Reale Mutua, il Dipendente dovrà dimostrare che i figli risultino a carico.

Sono equiparati ai figli i soggetti in affidamento temporaneo preadottivo con espresso provvedimento di assegnazione diretta da parte del Giudice Tutelare al Dipendente.

Si intendono inclusi in copertura senza alcun limite di età i figli fiscalmente a carico secondo le vigenti leggi in materia i quali si trovino per infermità fisica o mentale nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro.

Optometrista: professionista sanitario, non medico, laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi e/o soggettivi strumentali lo stato refrattivo del soggetto, al fine di determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica al soggetto.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi ed una mortalità elevata. I soggetti abilitati a determinare l'esistenza di una pandemia in atto sono l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il Ministero della Salute.

Polizza/ contratto: Il documento che prova l'assicurazione.

Premio: La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Protesi acustiche: (Apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosì, avente carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortesi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

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

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Società o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Regime di assistenza diretta: l'accesso, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assicurato, al netto di eventuali somme che rimangano a suo carico, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

Regime misto: l'accesso, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, ad Istituti di cura convenzionati appartenenti al Network ricevendo prestazioni mediche eseguite da medici non convenzionati.

Regime rimborsuale: il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e non rientranti nell'ambito del Network, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

Ricovero: La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Ricovero improprio: La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rimborso/Indennizzo: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Scoperto: La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro: Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: La Compagnia di Assicurazione.

Sport/Gare Professionistico/Professionistiche: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Struttura sanitaria convenzionata: Ogni struttura sanitaria rientrante nel Network.

Sport/Gare Professionistico/Professionistiche: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, **effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista**

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

della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

Non rientrano nella definizione, e pertanto sono in ogni caso escluse dalla copertura assicurativa, tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata.

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

SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

PREMESSA

L'appalto ha per oggetto l'affidamento di servizi assicurativi relativi al rimborso spese mediche per il GRUPPO BANCO DESIO (di seguito denominato "BANCO DESIO").

Le prestazioni oggetto della presente assicurazione confluiranno all'interno della Cassa di Assistenza Sanitaria indicata nel frontespizio (iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui ai Decreti del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 – PREVIP CASSA DI ASSISTENZA), con cui BANCO DESIO ha stipulato apposita convenzione e dovranno essere garantite dalla Società.

1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO

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 cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

2. ALTRE ASSICURAZIONI/COPERTURE

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

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso della Società.

3. DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO - ANAGRAFICA

Il contratto di assicurazione ha una durata di un anno senza tacito rinnovo, dalle ore 24:00 del giorno 31/12/2022 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Trascorso il termine di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigere giudizialmente l'esecuzione.

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

Reale Mutua al termine della prima annualità si rende disponibile a prorogare la copertura per un ulteriore anno, su richiesta dell'Associato, ferme restando le condizioni economiche concordate per la prima annualità.

Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, prevede un frazionamento trimestrale anticipato come riportato sul certificato di polizza.

Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario, con cadenza trimestrale anticipata

L'anagrafica provvisoria dovrà pervenire alla Società entro 30 gg alla data di decorrenza, tramite tracciato informatico concordato.

L'anagrafica definitiva dovrà pervenire alla Società entro e non oltre la data di inizio copertura alla decorrenza, tramite tracciato informatico concordato.

4. VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Nuove adesioni in corso d'anno

Le adesioni di nuovi titolari e relativi famigliari in data successiva a quella di effetto della polizza sono sempre possibili.

Nel caso di nuove assunzioni, la garanzia per il dipendente decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni; qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dalle 00 del giorno successivo alla comunicazione alla Società.

Per le inclusioni avvenute nel corso del primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

Inclusione di Familiari in corso d'anno

Per i titolari in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come identificati nella definizione di nucleo familiare, in un momento successivo alla decorrenza della polizza, è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite.

Nel caso di nuove adesioni degli appartenenti al nucleo familiare, la garanzia decorre dal giorno dell'adesione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni; qualora l'adesione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dalle 00.00 del giorno successivo alla comunicazione alla Società.

Relativamente alle inclusioni in corso d'anno, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;

al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

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

Esclusioni in corso d'anno

In caso di esclusione di Assicurati in corso d'anno la copertura è operante fino alla prima scadenza utile. In caso di aumento del numero di nuclei assicurati il Contraente è tenuto a pagare la rata di rinnovo aumentata in relazione allo stato del rischio comunicato in corso d'anno e/o al termine dell'annualità assicurativa.

Passaggio di qualifica a dirigente

Qualora in corso d'anno il dipendente acquisisca la qualifica di dirigente, verranno restituiti, al netto delle imposte, tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data del passaggio di qualifica al termine del periodo assicurativo in corso.

Regolazione premio

Fermo rimanendo quanto previsto in relazione alle anagrafiche provvisorie dal precedente art. 11 "Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica", entro il primo mese successivo alla decorrenza, a seguito del ricevimento delle anagrafiche, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto alla società sulla base delle anagrafiche definitive alla data di decorrenza.

Entro 15 giorni precedenti la scadenza delle singole quietanze per le rate di premio dovute, si procederà contestualmente alla consegna della regolazione contabile del premio in conseguenza delle inclusioni e dei passaggi avvenuti nel corso del periodo di copertura trascorso.

Il versamento alla Società del premio relativo alla regolazione dovrà essere effettuato entro 30 giorni dalla ricezione del documento.

5. CATEGORIE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei Dipendenti del Gruppo Banco Desio, nonché dei relativi familiari come identificati nella definizione di nucleo familiare.

Le uscite o gli ingressi di assicurati che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicati dal BANCO DESIO, a mezzo posta elettronica. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro (ad es. per pensionamento) la relativa comunicazione di cessazione dovrà essere effettuata entro 30 giorni dalla scadenza di ogni annualità assicurativa.

E' prevista obbligatoriamente l'adesione di tutti gli appartenenti alla stessa categoria di lavoratori.

6. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

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

7. FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Il Contraente e la Società prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza.

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

8. REGIME FISCALE

I premi sono sottoposti a tassa del 2,50%.

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

9. FORO COMPETENTE

Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata:

- per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Società.
- per ogni controversia tra la Società e l'Assicurato è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

10. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

11. TERMINI DI PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice civile, 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.

12. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente previsto, si farà riferimento alle norme dettate dal Codice Civile e dalle leggi in materia di contratti pubblici.

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

SEZIONE III – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assicura, **fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati**, il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato **durante l'operatività del presente Contratto** e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio (si riporta nell' Allegato A una Scheda riassuntiva dei massimali/somme assicurate e/o franchigie e/o scoperti previsti per singola garanzia assicurata).

L'assicurazione è prestata a favore di Assicurati dipendenti del Gruppo Banco Desio, nonché dei relativi familiari come identificati nella definizione di nucleo familiare.

I figli di dipendenti della stessa Azienda coniugati o conviventi more uxorio dovranno essere tutti inseriti in copertura in uno a scelta dei due nuclei. Ciascun coniuge dovrà aderire alla presente polizza in qualità di titolare.

Per tali famigliari l'inclusione in garanzia dovrà essere contestuale a quella del titolare. Le movimentazioni all'interno della presente polizza che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicati dal Contraente alla Società con modalità telematiche.

E' prevista obbligatoriamente l'adesione di tutti gli appartenenti alla stessa categoria di lavoratori.

La copertura assicurativa, che viene prestata senza la preventiva compilazione di questionario sanitario, rimborsa le spese sanitarie sostenute per:

AREA RICOVERO

A. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY-HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO, PARTO E ABORTO TERAPEUTICO, TRAPIANTI

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

PRE-RICOVERO

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 90 giorni precedenti** l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

INTERVENTO CHIRURGICO

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (**risultante dal referto operatorio**); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato.

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

ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

RETTA DI DEGENZA

Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie.

ACCOMPAGNATORE

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di **ricovero a rimborso** la garanzia è prestata nel limite di **€ 100,00** al giorno per un massimo di **180 giorni** per ricovero.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di **€ 60,00 al giorno per un massimo di 60 giorni per ricovero**, anche al di fuori di intervento in caso di certificata inabilità totale, temporanea o permanente. La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

POST-RICOVERO

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero**, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura esclusivamente nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro, anche all'estero, e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 3.000,00 per evento.**

DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di day-hospital (degenze diurne in Istituto di cura che non prevedono il pernottamento nella struttura sanitaria), la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste alla lettera A "Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico" e al punto 1 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

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

Questa copertura non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste alla lettera A "Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico" limitatamente ai paragrafi "Intervento chirurgico" e "Assistenza medica, medicinali, cure" con i relativi limiti in esso indicati.

PARTO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto cesareo, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste alla lettera A "Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico" limitatamente ai paragrafi "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza", "Post-ricovero" con i relativi limiti in esso indicati.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 6.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture.

In caso di parto naturale o di aborto terapeutico indennizzabili a termini di polizza e avvenuti in istituto di cura, le suddette spese sono rimborsate nel limite di **€ 3.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

NEONATI

I neonati sono assicurati dal momento della nascita per le identiche garanzie e per le medesime somme previste per la madre, con decorrenza immediata, sempreché vengano inclusi in garanzia mediante comunicazione alla Società e previo pagamento del premio entro **30 giorni** dalla nascita. In tal caso, per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro il limite massimo di **€ 30.000,00**

INDENNITÀ SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero previste alla lettera A "Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico" limitatamente ai paragrafi "Pre-ricovero" e

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

“Post ricovero”, avrà diritto a un’indennità di **€ 100,00 per ciascun giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ricovero.**

Le spese relative alle coperture di pre e post ricovero in questo caso vengono prestate senza l’applicazione di eventuali limiti di spesa previsti per la garanzia ospedaliera A) “Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico”.

Come già indicato per ricovero si intende la degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento: pertanto, l’indennità sostitutiva viene conteggiata per ogni notte trascorsa all’interno dell’Istituto di cura. **L’indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.**

In alternativa all’indennità sostitutiva e al pagamento delle spese pre e post ricovero, sono rimborsate integralmente le eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari.

CHIRURGIA REFRAATTIVA

Sono riconosciute le spese previste alla lettera A “Ricovero in Istituto di cura; day-hospital; intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, parto e aborto terapeutico” limitatamente agli interventi effettuati:

- a. in caso di anisometropia superiore a quattro diottrie (presente prima della correzione laser di uno degli occhi);
- b. in caso di deficit visivo pari o superiore a nove diottrie per ciascun occhio.

La copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 1.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare, esclusivamente **in strutture convenzionate senza applicazione di alcuna franchigia**. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture.

Relativamente alle garanzie sopra descritte, si precisa inoltre quanto segue:

- **le spese relative ad un Ricovero Improprio, non potranno essere riconosciute nella garanzia ricovero ma nell’ambito delle singole garanzie extraospedaliere qualora previste e indennizzabili a termini di polizza;**

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è: pari a **€ 500.000,00** a nucleo;

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

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) non è applicato alcuno scoperto/franchigia, fermo restando le limitazioni previste alle singole garanzie;
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) oppure nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Blue Assistance ed effettuate da medici non convenzionati (regime misto), verrà applicato uno scoperto del 20% col minimo non indennizzabile di € 1.500,00 per intervento, ferme restando le limitazioni previste alle singole garanzie;
- nel caso in cui il costo del ricovero sia a completo carico del Servizio Sanitario Nazionale, in alternativa all'indennità sostitutiva prevista al punto "Indennità sostitutiva", la Società rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ad esempio le spese per un'eventuale camera a pagamento) rimasti comunque a carico dell'Assicurato.

AREA EXTRARICOVERO

B. ALTA SPECIALIZZAZIONE – TERAPIE ONCOLOGICHE

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia

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

- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Ionoforesi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€10.000,00** a nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) **non è applicato alcuno scoperto/franchigia;**
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato uno **scoperto del 25% con il minimo di € 36,15 per ogni prestazione o ciclo di terapia;**
- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket **sono rimborsati al 100%.**

C. CURE AMBULATORIALI/DOMICILIARI

Sono riconosciute le spese di seguito indicate **con esclusione delle prestazioni indicate al punto B:**

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

- Visite specialistiche (escluse odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche);
- accertamenti diagnostici;

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 5.000,00** a nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicato una **franchigia di € 36,15 per ogni prestazione;**
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato una **franchigia di € 70,00 per ogni prestazione;**
- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket **sono rimborsati al 100%.**

D. PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia le seguenti prestazioni effettuate per gravidanza:

- Ecografie (esclusa l'ecografia morfologica)
- analisi clinico chimiche ed indagini genetiche:
 - analisi di laboratorio
 - amniocentesi (se richiesta espressamente dal medico curante)
 - villocentesi. (se richiesta espressamente dal medico curante)

Sono inoltre comprese un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

Qualora il Dipendente fosse di genere maschile, La presente garanzia si intende operante a favore della moglie/convivente "more uxorio" del Dipendente stesso.

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 1.000,00** a nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) **non è applicato alcuno scoperto/franchigia;**
- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono **rimborsati al 100%.**

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

E. LENTI/OCCHIALI

Sono riconosciute le spese sostenute per l'acquisto di montature, lenti anche a contatto, a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno.

Si precisa inoltre che è necessario presentare alla Società il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 330,00** a nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Centri ottici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicata una **franchigia di € 36,15 per ogni fattura;**
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Centri Ottici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicata una franchigia **di € 36,15 per ogni fattura;**

F. MEDICINALI

Sono rimborsabili le spese per l'acquisto di medicinali, prescritti dal medico curante o dallo specialista a seguito di malattia o infortunio. Rientrano in copertura i medicinali presenti nel prontuario farmacologico: resta in ogni caso escluso il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, prodotti dietologici, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi e da banco.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 250,00 a nucleo.**

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata **esclusivamente in forma rimborsuale, con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni scontrino.**

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

G. PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE ED OCULARI

Sono rimborsabili le spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche e/o apparecchi acustici e protesi oculari.

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 1.250,00** a nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

La presente garanzia è prestata **esclusivamente in forma rimborsuale nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale non convenzionato, con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per ogni fattura.**

H. TRATTAMENTI DI MASSOTERAPIA

La Società provvede al pagamento delle spese sostenute per i trattamenti di massoterapia.

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€200,00** a nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) **non è applicato alcuno scoperto/franchigia;**
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) **con applicazione di uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 36,15 per ogni prestazione.**
- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket **sono rimborsati al 100%.**

I. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNIO

Sono riconosciute le spese sostenute per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 1.000,00 a nucleo.**

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) non verrà applicato **alcuno scoperto/franchigia;**

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

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato uno **scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per ogni fattura;**
- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono **rimborsati al 100%.**

J. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. 1. "Esclusioni" SEZIONE IV, la Società in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio.

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 2.000,00 a nucleo.**

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicato uno **scoperto del 15% per ogni fattura;**
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per ogni fattura;**
- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono **rimborsati al 100%.**

K. ALTRE CURE DENTARIE

MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 4.000,00 se il nucleo familiare è composto dal solo dipendente, elevato ad € 8.000,00 se il nucleo familiare è composto dal dipendente ed altri familiari (come da definizione di polizza).**

K.1 Prestazioni di Implantologia

In deroga a quanto previsto all'art. 1 "Esclusioni" SEZIONE IV, la garanzia opera nel caso di applicazione di uno o più impianti. Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicato una **franchigia di € 800,00 per ogni impianto;**
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network

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

Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato una **franchigia di € 1.000,00 per ogni impianto;**

- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono **rimborsati al 100%.**

K.2 Avulsione (estrazione denti)

In deroga a quanto previsto all'art. 1. "Esclusioni" SEZIONE IV, la Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'effettuazione della prestazione.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) verrà applicato una **franchigia di € 35,00 per ogni avulsione semplice e di € 120,00 per ogni avulsione complessa;**
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato una **franchigia di € 50,00 per ogni avulsione semplice e di € 150,00 per ogni avulsione complessa;**
- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono **rimborsati al 100%.**

K.3 Altre cure dentarie

In deroga a quanto previsto all'art. 1 "Esclusioni" SEZIONE IV, la Società provvede anche al pagamento delle prestazioni odontoiatriche di seguito elencate con le relative franchigie, che verranno liquidate come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) **la Società liquiderà direttamente la Struttura Convenzionata per l'importo eccedente la franchigia;**
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Blue Assistance (regime rimborsuale) verranno applicate **le franchigie sottoindicate per ogni prestazione;**

Prestazione	Franchigia
Sigillatura (per ogni dente)	€ 25,00
Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)	€ 65,00
Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)	€ 80,00
Posizionamento di materiali protettivi sul fondo cavitario - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)	€ 37,00
Intarsi in qualsiasi materiale (anche prezioso) inlay – onlay – overlay per elemento (compreso provvisorio)	€ 250,00

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

Ricostruzione del dente con perni endocanalari, per elemento	€ 125,00
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) parziale o totale e otturazione della camera pulpare, qualsiasi numero di canali	€ 70,00
Terapia endodontica radicolare monocanalare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica	€ 80,00
Terapia endodontica radicolare bicanalare per elemento, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica	€ 130,00
Terapia endodontica radicolare tricanalare o più di 3 canali radicolare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica	€ 270,00
Ritrattamento endodontico (per elemento) comprensivo dell'otturazione della cavità di accesso, ricostruzione coronale pre-endodontica e radiografie intraorali	€ 100,00
Intervento di chirurgia endodontica per asportazione di 3° apicale della radice per elemento dentario (qualsiasi numero di radici e compresa chiusura apice chirurgico)	€ 155,00
Rizectomia - per elemento dentario indipendentemente dal numero di radici estratte (incluso lembo osseo)	€ 290,00
Separazione di radici in dente pluriradicolato (ad elemento indipendentemente dal numero di radici e comprensivo di lembo chirurgico)	€ 100,00
Intervento di regolarizzazione della cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi di torus palatino o mandibolare per fini protesici (ad emiarcata)	€ 130,00
Interventi di piccola chirurgia orale (incisione e drenaggio di ascessi, asportazione di cisti mucose, asportazione di piccole neoplasie), per emiarcata	€ 207,00
Intervento di chirurgia ortododontica per esposizione di elemento incluso (compreso di posizionamento qualsiasi tipo di vite transmucosa) o per trazione di elementi in infraocclusione o parzialmente erotti (compresa prestazione ortodontica per l'ancoraggio), per ogni elemento	€ 181,00
Frenulectomia e/o frenuloplastica (per arcata)	€ 130,00
Biopsia dei tessuti molli o duri di qualsiasi regione della cavità orale (qualsiasi numero di biopsie nello stesso atto chirurgico)	€ 52,00
Protesi parziale definitiva in resina o ceramica compresi ganci ed elementi dentari, per emiarcata	€ 225,00
Struttura parziale rimovibile provvisoria di qualsiasi tipo completa di ganci ed elementi dentari, per elemento	€ 110,00
Protesi totale definitiva in resina o ceramica, per arcata	€ 850,00
Protesi totale immediata, per arcata	€ 250,00
Gancio su scheletrato	€ 40,00

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

Attacco di precisione in qualsiasi tipo di lega o controfresaggi in lega preziosa o coppette radicolari, per elemento	€ 150,00
Scheletrato in lega di qualsiasi tipo completa di elementi dentari, per arcata	€ 800,00
Riparazione protesi	€ 60,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica o L.P. e faccetta in resina anche fresata o metallo composito, per elemento	€ 395,50
Corona in L.P. e ceramica o metal free o AGC e porcellana, per elemento	€ 500,00
Perno moncone con perno in L.P o L.N.P. o ceramico o in fibra di carbonio, per elemento	€ 135,00
Aggiunta di elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 55,00
Ribasamento definitiva protesi totale (tecnica diretta o indiretta), per arcata	€ 160,00
Elemento a giacca in resina - per elemento definitivo	€ 189,00
Elemento in resina provvisorio rinforzato (qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato), per elemento	€ 55,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata	€ 35,00
Ricostruzione moncone protesico, per elemento (qualsiasi materiale)	€ 70,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo elemento/pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 20,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica (e similari)	€ 50,00
Visita ortodontica comprensiva di rilievo per impronte per modelli di studio compresa nella terapia ortodontica	compresa nella terapia ortodontica
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno, compreso esame cefalometrico. Non si somma alla terapia ortodontica con apparecchiature rimovibili.	€ 690,00
Terapia ortodontica di mantenimento per contenzione fissa o mobile indipendentemente dal numero di arcate (max. 1 volta all'anno)	€ 250,00
Bite plane o orto bite o bite garde	€ 250,00
Scaling e root planing, per emiarcata	€ 45,00
Applicazione topica di fluoro (fluoroprofilassi) (sia adulti che bambini)	€ 20,00
Legature dentali extracoronali - splintaggio, per emiarcata	€ 120,00
Molaggio selettivo parziale o totale (max. 1 seduta)	€ 52,00
Gengivectomia, per emiarcata	€ 175,00
Gengivectomia, per dente (max 5 denti, oltre considerata emiarcata)	€ 50,00
Intervento di chirurgia ossea (resetiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa) per emiarcata (trattamento completo, incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)	€ 326,00
Utilizzo di materiali biocompatibili, per emiarcata (trattamento completo, incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)	€ 434,00
Lembo gengivale semplice (scaling e root planing a cielo aperto) compreso qualsiasi tipo di lembo e relativa sutura, per emiarcata	€ 200,00

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

Lembo muco gengivale con riposizionamento apicale - courettage a cielo aperto, per emiarcata	€ 260,00
Radiografia endorale (periapicale, occlusale, bitewing), per lastrina	€ 16,00
Ortopantomografia di una od entrambe le arcate dentarie (OPT)	€ 30,00
Rx telecranio antero-posteriore o laterale del cranio e delle ossa facciali	€ 42,00
Ricostruzione di angoli	€ 70,00
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 73,00
Asportazione cisti mascellari	€ 259,00
Asportazione di epulide	€ 93,00
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 25,00
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€ 25,00
Amputazioni radicolari(per radice escluso il lembo di accesso)	€ 100,00
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 388,00
Radiografia endorale per arcate	€ 42,00
Dentalscan 1 arcata	€ 181,00
Dentalscan 2 arcate	€ 259,00
Esame elettromiografico	€ 180,00
Esame kinesiografico	€ 200,00

L. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI

La Società provvede al pagamento delle spese esclusivamente per:

- osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso;
- cisti radicolari;
- cisti follicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

È incluso in garanzia il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale esclusivamente a completamento degli interventi chirurgici odontoiatrici sopraelencati. In caso di regime ospedaliero, sono inclusi in garanzia il rimborso degli onorari medici, dell'assistenza medica, dei medicinali, delle cure e delle rette di degenza.

MASSIMALE

Il **massimale annuo** assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 3.500,00** a nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Blue Assistance (regime di assistenza diretta) non verrà applicato **nessuno scoperto/franchigia;**
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network

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

Blue Assistance (regime rimborsuale) verrà applicato una **franchigia di € 600,00 per ogni intervento**; Qualora l'assicurato risieda in una provincia priva di strutture convenzionate, la suddetta franchigia non si applica.

- nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sono **rimborsati al 100%**.

M. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. 1 "Esclusioni" SEZIONE IV, la Società provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Associato, il medico della struttura convenzionata in accordo con la Società riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

N. PREVENZIONE

Gli accertamenti saranno erogati anche in assenza di prescrizione del medico curante o di un medico specialista e sono usufruibili dal Titolare e/o dal coniuge, ad eccezione dei pacchetti

N.3 e N.5 che sono dedicati ai figli.

L'Assicurato ed il Coniuge possono attivare a loro scelta una volta all'anno solo uno (1) dei primi sei (6) pacchetti seguenti a condizione che siano trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto prescelto relativo alla presente garanzia. Il pacchetto della Prevenzione della Sindrome Metabolica è sempre garantito una volta all'anno.

N.1 PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE (una volta ogni due anni)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in un'unica soluzione in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni

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

previste volte a monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assicurato di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calcol-rischio.asp>).

Cosa occorre fare prima di compilare il questionario

Il questionario permette all'Assicurato di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.

Nella prima pagina del questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

N.2 PREVENZIONE ONCOLOGICA (una volta ogni due anni)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in un'unica soluzione (che potrà svolgersi in una o più giornate) in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 40 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- PSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

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

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

- PAP-Test
- Ecografia mammaria
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico)

N.3 PREVENZIONE PEDIATRICA

Il pacchetto di prevenzione pediatrica prevede una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla prestazione effettuata.

La presente garanzia prescinde dall'estensione della copertura al nucleo familiare, essendo attiva a favore del nucleo familiare che risulti a carico del lavoratore iscritto.

N.4 PREVENZIONE OCULISTICA (una volta ogni due anni)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in un'unica soluzione (che potrà svolgersi in una o più giornate) in Strutture Convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione oculistica prevede le seguenti prestazioni:

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus

N.5 PREVENZIONE OCULISTICA MINORI (una volta ogni due anni)

La prevenzione oculistica minori prevede la copertura delle spese relative ad un pacchetto di prevenzione oftalmologica per minori compresi tra 6 anni e 11 anni.

Tutte le prestazioni devono essere eseguite nella loro totalità in regime di assistenza diretta presso strutture convenzionate in un'unica soluzione. Non è prevista l'operatività della presente garanzia all'estero.

Il piano di prevenzione prevede la copertura, una sola volta nel periodo di vigenza della presente copertura delle prestazioni sottoelencate:

- Valutazione anamnestica
- Esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva, ecc.) ed annessi oculari
- Studio del fundus oculi per individuare patologia retiniche

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

- Misurazione del tono oculare
- Misurazione del visus per vicino e lontano, sia mono che bioculare
- Valutazione della motilità oculare.

Al termine della visita verrà rilasciata dal medico una sintesi contenente i dati raccolti e le eventuali prescrizioni sia al fine di consentire l'acquisto dei presidi adatti, sia come punto di partenza per futuri controlli oftalmologici con visite o accertamenti di II livello, da fruire secondo le modalità e nei limiti previsti per le relative garanzie.

La presente garanzia prescinde dall'estensione della copertura al nucleo familiare, essendo attiva a favore del nucleo familiare che risulti a carico del lavoratore iscritto.

N.6 PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE (una volta ogni due anni)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate, effettuate in un'unica soluzione (che potrà svolgersi in una o più giornate) in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione delle vie respiratorie prevede le seguenti prestazioni:

- spirometria;
- visita pneumologica ed eventuale prick test per i casi di gravi patologie riscontrate nell'ambito della predetta visita;
- esami ematochimici;
- ECG.

N.7 PREVENZIONE SINDROME METABOLICA

Operante per il solo titolare e sempre garantito oltre ad un altro pacchetto scelto di prevenzione.

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario accedendo all'area riservata dal sito www.blueassistance.it o dall'APP.

Il documento compilato dovrà essere inviato a consulenza.medica@blueassistance.it. Il personale medico valuterà il questionario, verificherà i risultati e informerà il cliente:

- a. nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assicurato riceverà riscontro da Blue Assistance e non verrà posta indicazione e consigli o accertamenti successivi;
- b. nel caso in cui l'Assicurato risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c. nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. e si inviterà l'Assicurato a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

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

La Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sottoindicate, da effettuarsi in strutture convenzionate indicate dalla centrale operativa previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Cosa occorre fare prima di compilare il questionario

Il questionario permette all'Assicurato di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.

Nella prima pagina del questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

O. INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA (garanzia operante per il solo titolare)

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza") derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi delle lettere w) e x) dell'art. 1 "Esclusioni" SEZIONE IV.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assicurato per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza".

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

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

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

SOMMA ASSICURATA

La Società, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assicurato un **indennizzo annuo fisso pari a € 3.000,00, per un massimo di 3 anni.**

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

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

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicatigruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:

1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
 - sbucciare la frutta
 - aprire un contenitore/una scatola
 - versare bevande nel bicchiere
- punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

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

SEZIONE IV

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

1. ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- b) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- c) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
- d) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- e) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- f) le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- g) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- h) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- i) interruzione volontaria della gravidanza;
- j) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il primo anno di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;
- k) le prestazioni, le cure e gli interventi dentari, paradentari, ortodontici, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale), salvo quanto previsto alla lettere K "ALTRE CURE DENTARIE" e M "Prestazioni odontoiatriche particolari".
- l) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- m) prestazioni, cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
- n) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
- o) Ricoveri in lungodegenza;
- p) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari. Non è in ogni caso riconosciuta per tale tipologia di interventi la diaria sostitutiva di cui alla SEZIONE II area A RICOVERO;
- q) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;

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

- r) gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- s) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il ricovero";
- t) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- u) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- v) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- z) ricoveri impropri;
- w) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
- x) le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
- y) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.

2. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 75 anni. Per gli Assicurati che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile. Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dall'Art. 1 "Esclusioni" SEZIONE IV.

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

SEZIONE V

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

1. DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

La presentazione della denuncia deve essere sempre completa della relativa **prescrizione medica** e documentazione di spesa.

Ogni denuncia deve essere riferita ad un solo Assicurato e ad un solo evento patologico; unicamente in caso di richiesta di rimborso dei ticket per prestazioni fruitive presso il Servizio Sanitario Nazionale, è ammessa un'unica denuncia relativa a differenti eventi patologici **purché comunque riferiti al medesimo Assicurato**.

In ogni caso non sono ammesse a rimborso/indennizzo denunce di sinistro pervenute oltre il termine di 180 giorni dalla data di scadenza della presente polizza o dalla data di uscita dalla copertura del singolo Assicurato.

2. PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI ENTRAMBI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DIRETTO DA PORTALE WEB/APP

L'Assicurato, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni - per le quali sia prevista la liquidazione in forma diretta - con modalità web, accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.blueassistance.it, **almeno tre giorni lavorativi prima della prestazione**.

L'Assicurato, dopo aver prenotato la prestazione presso la struttura convenzionata, deve selezionare:

- l'Assicurato per cui si richiede la prestazione
- la tipologia di prestazione richiesta
- la data della prestazione
- la struttura presso la quale verrà effettuata la prestazione

Completata la sezione dati, l'Assicurato **deve allegare la prescrizione medica e l'eventuale documentazione integrativa utile per la valutazione della prestazione**.

Una volta confermati ed inviati i dati inseriti tramite l'apposito pulsante, il sistema invierà la richiesta di attivazione a Blue Assistance.

Blue Assistance fornirà all'Assicurato una comunicazione sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 48 ore prima della prestazione.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria, **l'Assicurato si fa riconoscere e sottoscrive la "Richiesta di prestazione"**, che costituisce la prima denuncia del sinistro.

Al momento della dimissione **l'Assicurato deve sostenere in proprio le eventuali spese di sua competenza (scoperto, franchigia, prestazioni non contemplate dalla garanzia)**.

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

Blue Assistance provvede al pagamento delle spese nei termini previsti dalla polizza, disponendo anche la raccolta della relativa documentazione presso la struttura sanitaria; Blue Assistance curerà in seguito la restituzione all'Assicurato della documentazione delle spese con annotazione della avvenuta liquidazione.

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dalle strutture sanitarie e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto prendono atto che in 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 degli Assicurati per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

Resta inteso che:

- **le spese relative alle prestazioni sanitarie garantite nei giorni precedenti e successivi al ricovero o all'intervento chirurgico non sono pagate direttamente**, ma rimborsate - al netto degli scoperti/franchigie previsti - al ricevimento della relativa documentazione di spesa e copia della cartella clinica completa in caso di ricovero, o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, copia della relazione dell'intervento;
- **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, la cui rimborsabilità sarà valutata a posteriori da Blue Assistance;**
- **rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa;**
- l'Assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance, delega la Società a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;
- **qualora il sinistro risultasse non indennizzabile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto dalla Società.**

PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DIRETTO DA CALL CENTER

In alternativa alla modalità sopra descritta, prima di accedere alla struttura sanitaria l'Assicurato può telefonare - con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi (elevati a 5 giorni lavorativi se all'Estero) prima della data del ricovero - a Blue Assistance ai seguenti numeri telefonici:

DALL'ITALIA DALL'ESTERO
800 954490 +39 011 7417108

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale - al fine di ottenere la prestazione in forma diretta - che l'Assicurato acceda alle strutture sanitarie e ai medici chirurghi convenzionati per il presente prodotto esclusivamente per il tramite di Blue Assistance, in mancanza del quale il servizio non è operante.

Blue Assistance è a disposizione degli Assicurati:

- **dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali e dalle ore 8 alle ore 12 del sabato**, per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni

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

necessarie 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.

PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE
L'Assicurato per accedere alle prestazioni odontoiatriche in forma diretta deve contattare direttamente la struttura convenzionata prescelta segnalando di essere assistito da Blue Assistance. Al momento dell'accesso al Centro Odontoiatrico, l'Assicurato sottoscrive il "Piano di Cure", che costituisce la denuncia del sinistro.

Blue Assistance, entro 8 giorni dal ricevimento del "Piano di Cure" dal Centro Odontoiatrico, provvede alla valutazione dello stesso ed alla comunicazione alla struttura sanitaria delle prestazioni assicurate. Al momento della conclusione del "Piano di Cure" l'Assicurato **deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (franchigie).**

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che Blue Assistance non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dai Centri Odontoiatrici con essa convenzionati; pertanto prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente ai Centri Odontoiatrici che hanno prestato i servizi richiesti.

Blue Assistance è comunque a completa disposizione del Contraente e degli Assicurati per qualsiasi informazione inerente la prestazione dei servizi.

Resta inteso che:

- 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;
- rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa.

PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE E MEDICI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

Qualora l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati presso una struttura sanitaria convenzionata, Blue Assistance paga direttamente la struttura sanitaria mentre **l'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica, che verranno rimborsate previa applicazione degli scoperti/franchigie previsti dalle singole garanzie.**

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

3. PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E/O MEDICI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

Fermo quanto stabilito dagli artt. 1910 (assicurazione presso diversi Assicuratori), 1915 (inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio) e 2952 (Prescrizione in materia di assicurazione) del Codice Civile, **l'Assicurato deve – a prestazione effettuata - inviare la denuncia a Blue Assistance**, utilizzando la modalità "Upload" di seguito dettagliata, **denuncia alla quale va allegata la documentazione medica e delle spese.**

In Particolare, l'Assicurato deve fornire a Blue Assistance:

- **copia della cartella clinica completa (in caso di ricovero), esiti di accertamenti diagnostici, prescrizioni mediche, terapie e trattamenti con relative diagnosi;**
- **copia delle fatture e delle notule di spesa fiscalmente regolari e quietanzate.**

RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE UPLOAD

L'Assicurato 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.blueassistance.it.

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

La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

L'Assicurato può verificare in ogni momento - tramite l'accesso all'Area personale riservata - lo stato di avanzamento delle sue pratiche di rimborso.

La diagnosi della patologia deve essere sempre fornita, pena la decadenza del diritto all'indennizzo, in relazione alle Prestazioni Extraricovero.

Ricevuta la documentazione completa di cui sopra (medica e di spesa), Blue Assistance provvede al rimborso delle spese indennizzabili a termini di polizza entro il termine di 30 giorni.

Rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato il costo delle marche da bollo eventualmente apposte sulle fatture di spesa.

4. RICOVERO A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per il pagamento della indennità sostitutiva del rimborso **occorre fornire a Blue Assistance la cartella clinica completa del ricovero.**

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

5. CONTROVERSIE

VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra l'Assicurato e la Società, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

- 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 prevista dal precedente alinea, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio

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

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

COMMISSIONE DI GARANZIA

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

Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.realemutua.it.

RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" – Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11, 10122 Torino,

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

Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: buongiornoale@realemutua.it.

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

La Società è tenuta a rispondere entro 45 giorni.

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: IVASS@pec.IVASS.it . Info su: www.IVASS.it

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

SEZIONE VI ASSISTENZA

Reale Mutua eroga la prestazione di assistenza nel caso si renda necessaria a causa degli eventi di seguito indicati.

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

telefono, ai numeri:

DALL'ITALIA DALL'ESTERO

800 954490 +39 011 7417108

- 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 del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

1. SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

2. INFORMAZIONE ED ORIENTAMENTO MEDICO TELEFONICO

Quando l'Assicurato necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assicurato, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

3. CONSULENZA SANITARIA TELEFONICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

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

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, **i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assicurato.**

4. CONSULENZA TELEFONICA MEDICO SPECIALISTICA

Quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

5. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa della Cassa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Non è previsto alcun costo a carico dell'Assicurato per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

6. GESTIONE APPUNTAMENTO

Qualora l'Assicurato necessita di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assicurato, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'Assicurato usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

7. SECOND OPINION

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

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

GARANZIE	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE – Scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY-HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE, PARTO E ABORTO TERAPEUTICO, TRAPIANTI	
Massimale	€ 500.000
Condizioni:	
diretta	100%
rimborso	Scoperto 20% min. € 1.500,00
Misto	Struttura al 100% - Equipe: scoperto 20% min. € 1.500,00
Ticket	100%
Pre/Post	90 gg / 90 gg (cure termali e fisioterapia solo in caso di ricovero con intervento)
Accompagnatore	€ 100 al giorno per 180 giorni
Trasporto	€ 3.000,00 per evento
Assistenza infermieristica privata individuale	€ 60 al giorno per 60 giorni anche al di fuori di intervento in caso di certificata inabilità totale, temporanea o permanente
Indennità sostitutiva/Ticket	€ 100 al giorno per 90 giorni per ricovero (comprese spese pre e post) <u>In alternativa:</u> Rimborso dei ticket e delle spese alberghiere
Neonati	fino a 1 anno Entro il limite massimo assoluto di Euro 30.000,00
Parto Naturale e Aborto Terapeutico	€ 3.000,00
Parto Cesareo	€ 6.000,00 (escluse spese pre)
Chirurgia refrattiva	
diretta	€ 1.000,00
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B) ALTA SPECIALIZZAZIONE – TERAPIE ONCOLOGICHE	
Massimale	€ 10.000,00
Condizioni:	
diretta	100%
rimborso	Scoperto 25% e minimo € 36,15 per prestazione o ciclo di terapia
Ticket	100%
C) CURE AMBULATORIALI/DOMICILIARI	
Massimale	€ 5.000,00
Condizioni:	
diretta	Franchigia € 36,15 per prestazione
rimborso	Franchigia € 70,00 per prestazione
Ticket	100%

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

D) PACCHETTO MATERNITÀ Massimale Condizioni:	€ 1.000,00 diretta 100% Ticket 100%
E) LENTI/OCCHIALI Massimale Condizioni:	€ 330,00 diretta Franchigia € 36,15 per fattura rimborso Franchigia € 36,15 per fattura
F) MEDICINALI Massimale Condizioni:	€ 250,00 rimborso Scoperto 20% minimo €50,00 per scontrino
G) PROTESI ORTOPEDICHE, ACUSTICHE ED OCULARI Massimale Condizioni:	€ 1.250,00 rimborso Scoperto 20% minimo €50,00 per fattura
PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE	
H) MASSOTERAPIA Massimale Condizioni:	€ 200,00 diretta 100% rimborso Scoperto 25% e minimo €36,15 per prestazione Ticket 100%
I) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNIO Massimale Condizioni:	€ 1.000,00 diretta 100% rimborso Scoperto 25% e minimo €70,00 per fattura Ticket 100%
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
J) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO Massimale Condizioni:	€ 2.000,00 diretta Scoperto 15% per fattura rimborso Scoperto 20% e minimo € 100 per fattura Ticket 100%
K) ALTRE CURE DENTARIE Massimale	€ 4.000/singolo dipendente € 8.000/nucleo

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

K.1) Implantologia Condizioni: diretta rimborso Ticket	Franchigia € 800,00 per ogni impianto Franchigia € 1.000,00 per ogni impianto 100%
K.2) Avulsione Condizioni: diretta rimborso Ticket	Franchigia € 35 per estrazione semplice Franchigia € 120 per estrazione complessa Franchigia € 50 per estrazione semplice Franchigia € 150 per estrazione complessa 100%
K.3) Altre cure dentarie Condizioni: Diretta/Rimborso	Franchigia come da elenco
L) INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI Massimale Condizioni: diretta rimborso Ticket	€ 3.500,00 100% Franchigia € 600,00 per ogni intervento 100% solo nel caso in cui la provincia di residenza o di domicilio dell'Assistito sia priva di strutture convenzionate 100%
M) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI Visita specialistica odontoiatrica e ablazione del tartaro Condizioni: diretta	1 volta all'anno in un'unica soluzione 100%
PREVENZIONE	
N) PREVENZIONE	1 pacchetto 1 volta all'anno in un'unica soluzione
N.1) Prevenzione cardiovascolare Uomo/Donna	1 volta ogni 2 anni senza limiti di età
N.2) Prevenzione oncologica Uomo > 40 anni / Donna > 30 anni	1 volta ogni 2 anni
N.3) Prevenzione pediatrica Visita specialistica pediatrica per minori tra i 6 mesi e i 6 anni	1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi 1 visita ai 4 anni 1 visita ai 6 anni
N.4) Prevenzione oculistica	1 volta ogni 2 anni
N.5) Prevenzione oculistica minori Per minori tra i 6 e 11 anni	1 screening oftalmologico – 1 volta ogni 2 anni

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

N.6) Prevenzione delle vie respiratorie	1 volta ogni 2 anni
N.7) Prevenzione della Sindrome Metabolica	1 volta all'anno solo per il titolare
INABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA	
O) INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA Massimale e Condizioni:	garanzia operante per il solo titolare Rata annua di € 3.000,00 max per 3 anni 4 ADL su 6 ADL
ALTRE GARANZIE	
ASSISTENZA	<ul style="list-style-type: none"> - Servizi di consulenza medica, informazioni sanitarie; - Informazioni ed orientamento medico-telefonico; - Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione; - Consulenza telefonica medico-specialistica; - Servizio di guardia medica permanente; - Gestione appuntamento; - Second opinion.

Premio lordo annuo per nucleo: € 937,00

IL CONTRAENTE

**SOCIETA' REALE MUTUA DI
ASSICURAZIONI
L'Agente Procuratore**

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente i seguenti punti delle presenti Condizioni di Assicurazione:

Sezione II - Art. 3 (Decorrenza dell'Assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica); Art. 4 (Variazione delle persone assicurate – Regolazione del premio); Art. 7 (Forma delle comunicazioni); Art. 9 (Foro competente); Sezione IV - Art. 1 (Esclusioni); Art. 2 (Persone non assicurabili); Sezione V - Come avviene la liquidazione del sinistro.



REALE GROUP

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

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.