

ANASTE

**Piano sanitario destinato ai Dipendenti delle Aziende
aderenti all'Associazione ANASTE e relativi nuclei familiari**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

GLOSSARIO

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

ANNUALITÀ ASSICURATIVA

Si intende per *annualità assicurativa* il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima data di scadenza del contratto. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra la data di rinnovo e la successiva data di scadenza.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE

Il contratto di *assicurazione*.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE

Blue Assistance S.p.A. è la *Società* di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto di Reale Mutua:

- alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con le strutture sanitarie e con i medici chirurghi;
- alla liquidazione dei sinistri;
- all'organizzazione ed erogazione, per il tramite della *Centrale Operativa*, dei servizi e delle prestazioni della Sezione Assistenza.

CARTELLA CLINICA

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

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di *Blue Assistance*, che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni della Sezione Assistenza.

CENTRI ODONTOIATRICI

Le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri presso i quali l'*Assicurato* può fruire delle prestazioni mediche previste dalla *polizza*, rese necessarie dal Suo stato di salute.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il documento che disciplina in via generale il contratto di *assicurazione*.

CONTRAENTE

Chi stipula l'*assicurazione*.

DATORE DI LAVORO

L'impresa o ente, associata ad ANASTE e che abbia aderito ad AASSOD, i cui dipendenti sono assicurati. Qualora il *Datore di lavoro* stipuli in proprio il contratto di *assicurazione* con Reale Mutua, acquisisce la qualifica di *Contraente*.

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

DIFETTO FISICO

Deviazione del normale assetto morfologico di un organismo o *Parti* di esso dovuto a sviluppo somatico in soggetti già costituzionalmente predisposti o a condizioni traumatiche acquisite.

DIPENDENTE

Il soggetto -protetto dall'*assicurazione*- legato al *Datore di lavoro* da un rapporto di lavoro subordinato. Ai fini del presente contratto, ai dipendenti sono equiparati i collaboratori coordinati e continuativi, tutti i soggetti che percepiscono redditi assimilati a quelli di lavoro *Dipendente*, nonché i componenti degli organi statutari.

ESTERO

Gli Stati diversi da Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

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

INDENNIZZO/RIMBORSO

La somma dovuta da Reale Mutua in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

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

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

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

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

ISTITUTO DI CURA

Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'*Estero*, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, al *ricovero* ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

LIQUIDAZIONE IN FORMA A RIMBORSO/INDIRETTA

L'*Assicurato* sostiene in proprio tutte le spese relative alle garanzie prestate con la presente *assicurazione*, richiedendone successivamente il *rimborso* alla *Società*.

Tutte le spese indennizzabili a termini di *polizza* vengono rimborsate all'*Assicurato* previa applicazione di *scoperti/franchigie* indicati nel quadro sinottico allegato, che rimangono a suo carico. Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle *Condizioni di assicurazione*, in caso di ricorso a strutture

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

sanitarie (pubbliche e private) e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) non convenzionati con *Blue Assistance* per il presente prodotto.

LIQUIDAZIONE IN FORMA DIRETTA

Reale Mutua paga direttamente - senza anticipo di spesa da parte dell'*Assicurato* - alla *struttura sanitaria* e ai medici chirurghi convenzionati per il presente prodotto le spese sostenute dall'*Assicurato* e indennizzabili a termini di *polizza*, al netto di *scoperti/franchigie* indicati nel quadro sinottico allegato, che rimangono a suo carico.

Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle *Condizioni di assicurazione*, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) entrambi convenzionati con *Blue Assistance* per il presente prodotto.

LIQUIDAZIONE IN FORMA MISTA

Reale Mutua paga direttamente alla *struttura sanitaria* convenzionata con *Blue Assistance* per il presente prodotto la componente di spesa – indennizzabile a termini di *polizza* – relativa alla *struttura sanitaria*, al netto di *scoperti/franchigie* indicati nel quadro sinottico allegato, che rimangono a carico dell'*Assicurato*. L'*Assicurato* sostiene in proprio la componente di spesa relativa ai medici non convenzionati con *Blue Assistance* per il presente prodotto richiedendone successivamente il *rimborso* alla medesima. Tutte le spese indennizzabili a termini di *polizza* vengono rimborsate all'*Assicurato* previa applicazione di *scoperti/franchigie* indicati nel quadro sinottico allegato, che rimangono a suo carico.

Tale forma di liquidazione opera, laddove previsto dalle *Condizioni di assicurazione*, in caso di ricorso a strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate con *Blue Assistance* per il presente prodotto e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) non convenzionati.

MALATTIA

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

MALATTIA IMPROVVISA

Malattia di acuta insorgenza di cui l'*Assicurato* non era a conoscenza al momento di effetto della *polizza* (o del successivo ingresso in copertura) e che comunque non sia una manifestazione, seppur improvvisa, di un precedente morbo; a titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono malattie improvvise:

- appendice acuta ed ernie strozzate;
- meningite, peritonite, pleurite (tutte tre in forma acuta e non tubercolare);
- pneumonite acuta; broncopolmonite;
- febbri tifoidee, paratifoidee da accertarsi con sierodiagnosi.

MALFORMAZIONE - DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della *polizza* (o del successivo ingresso in garanzia).

MASSIMALE

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

Salvo laddove diversamente indicato, i massimali si intendono per persona.

MODULO DI POLIZZA

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

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

NUCLEO FAMILIARE

Per *nucleo familiare* del caponucleo *Assicurato* si intende quello composto da:

a) coniuge ovvero persona dello stesso sesso con la quale il *Dipendente Assicurato* ha costituito un'unione civile, riconosciuta tale dallo stato italiano ovvero convivente di fatto del *Dipendente Assicurato* riconosciuto tale dallo Stato italiano. Di tale stato di convivenza di fatto deve essere data tassativamente comunicazione alla *Società* con lettera raccomandata, producendo l'attestato di "famiglia anagrafica" basata su vincolo affettivo di coppia non vincolato da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile, rilasciato dal Comune di *residenza* in conformità alle disposizioni normative vigenti. Il diritto agli *indennizzi*

e ai servizi del convivente anagrafico legato da vincolo affettivo di coppia decorre 180 giorni dopo la suddetta comunicazione corredata dall'attestato di cui sopra. All'uopo fa fede la data del timbro postale della lettera raccomandata;

b) figli e - se affidati al *Dipendente Assicurato* con provvedimento dell'autorità giudiziaria e limitatamente al periodo di durata dell'affido - i minori nel periodo intercorrente dal trentesimo giorno di età fino al compimento del diciottesimo anno;

c) figli dal diciottesimo anno di età fino al compimento del venticinquesimo anno, nonché quelli con età superiore se permanentemente inabili al lavoro e non percettori di reddito a condizione che, al momento della maturazione del *rimborso*, non abbiano un reddito personale superiore a quello previsto dalle vigenti norme fiscali per essere considerati a carico e che siano stati notificati alla *Società* con la presentazione della domanda di ammissione o tempestivamente con successiva denuncia.

Qualora i familiari di cui alle lettere b) e c) non convivano con il *Dipendente Assicurato*, in deroga alle disposizioni generali inerenti alle prestazioni sanitarie, i *rimborsi* relativi alle distanze chilometriche, da intendersi azzerate, non sono erogabili se si dovessero ricoverare in strutture sanitarie limitrofe al proprio domicilio. Il *Dipendente Assicurato* ha l'obbligo di documentare, in modo inequivocabile a ogni richiesta di *rimborso* per il familiare, che sia a suo carico fiscale.

I familiari hanno diritto alla copertura a condizione che risiedano nel territorio della Repubblica italiana, fatta eccezione per i familiari di soci cittadini della Repubblica italiana all'*Estero* per cause di lavoro.

PARTI

Il *Contraente* e Reale Mutua.

PATOLOGIA PREESISTENTE

Per patologie preesistenti si intendono:

- infortuni occorsi
- malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio), prima dell'effetto dell'*assicurazione* (o del successivo ingresso in copertura).

POLIZZA

I documenti che provano il contratto di *assicurazione*.

PREMIO

La somma dovuta dal *Contraente* a Reale Mutua.

PRONTO SOCCORSO

Struttura sanitaria pubblica autorizzata ad erogare prestazioni di prima assistenza in caso di *infortunio* e/o *malattia*.

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

PROTESI

Dispositivo con carattere anatomico-funzionale usato per sostituire parzialmente o totalmente una parte del corpo umano non più in grado di operare correttamente.

RESIDENZA

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

RICOVERO

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

RISCHIO

La possibilità che si verifichi il *sinistro*.

SCOPERTO

La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'*indennizzo*, che resta a carico dell'*Assicurato*.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è richiesto l'*indennizzo* o il *rimborso* ovvero l'attivazione della prestazione in forma diretta.

SOCIETÀ

La *Società* Reale Mutua di Assicurazioni, di seguito definita *Società*.

SOTTOMASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale Reale Mutua assicura la prestazione; tale somma è da intendersi quale sottolimito del *massimale* previsto per la garanzia di riferimento.

STRUTTURA SANITARIA

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

Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

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

STRUTTURE MEDICHE CONVENZIONATE

Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici convenzionati con il network *Blue Assistance*, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla *Società*, in nome e per conto dell'*Assicurato*, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.

TICKET SANITARIO

È il contributo dovuto per la prestazione ricevuta, calcolato sulle tariffe del Servizio Sanitario Nazionale. La prestazione può essere erogata o da una struttura del Servizio Sanitario Nazionale o da una struttura privata in regime di convenzione.

TRATTAMENTO DI FISIOTERAPIA

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

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

VISITA SPECIALISTICA

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

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

CONDIZIONI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

1.1 ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'*assicurazione* ha effetto dal giorno indicato in *polizza* se il ***premio* o la prima rata di *premio* è stato pagato entro i successivi 30 giorni**; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il *Contraente* non paga i premi o le rate di *premio* successivi, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

I premi o le rate di *premio* successivi al primo devono essere pagati alla *Società* entro le scadenze delle annualità assicurative successive alla prima come specificato all'art. 6.8 "Pagamento del *premio* e sua regolazione".

Il versamento del *premio* può avvenire a mezzo di bonifico bancario o con le altre modalità previste dalla vigente normativa.

1.2 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta data da una delle *Parti* con lettera raccomandata **almeno 30 giorni prima della data di scadenza**, il contratto è prorogato per una ulteriore annualità e così successivamente a condizione che il relativo ***premio* venga pagato entro 30 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo**; decorso tale termine la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il *Contraente* abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto della *Società* di agire giudizialmente e di comunicare, con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

1.3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO E FORMA DELLE COMUNICAZIONI

La *Società* presta il suo consenso all'*assicurazione* e determina il *premio* unicamente in base alle dichiarazioni rese dal *Contraente* e/o dall'*Assicurato* sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della *Società* e risultanti dai documenti contrattuali.

Le inesattezze e le reticenze del *Contraente* e/o dell'*Assicurato* relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del *rischio* possono comportare la perdita totale o parziale dell'*indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'*assicurazione*, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1984 del Codice Civile. In tal caso, spetta alla *Società*, oltre alle rate di *premio* scadute e rimaste insoddisfatte, il *premio* complessivo relativo all'annualità di *assicurazione* in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del *Contraente* o dell'*Assicurato* nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

1.4 PROVA DEL CONTRATTO – VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI

I documenti di *polizza* costituiscono la prova delle condizioni che regolano i rapporti fra le *Parti*. Qualunque variazione dell'*assicurazione* deve risultare da atto scritto.

1.5 ONERI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al *premio*, agli accessori, all'*assicurazione* ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del *Contraente* anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla *Società*.

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

1.6 LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

1.7 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il *Contraente* si impegna a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le *Condizioni di assicurazione*.

Il *Contraente* si obbliga inoltre, qualora siano a lui comunicate dalla *Società*, a rendere note tempestivamente agli Assicurati le informazioni riferibili a eventuali cessazioni di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario o ad una nuova impresa, modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa, casi di scissione o fusione con altra impresa.

1.8 FORO COMPETENTE

Per le controversie concernenti l'esecuzione del contratto è competente il Foro del Comune che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla *residenza* dell'*Assicurato*.

1.9 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutti quanto non regolato alla presente *polizza*, valgono le norme di legge.

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

CHI ASSICURIAMO

2.1 PERSONE ASSICURATE

La presente *polizza* opera a favore della totalità dei Dipendenti in servizio presso le Aziende associate ad ANASTE che abbiano aderito ad AASSOD.

È altresì facoltà di ciascun *Dipendente* estendere la copertura al proprio *nucleo familiare*, **previa corresponsione del relativo premio a proprio carico.**

Non è possibile estendere la copertura a singoli componenti del *nucleo familiare*.

L'*assicurazione* è operante inizialmente per le persone indicate nell'Elenco Assicurati, delle quali il *Contraente* si impegna a fornire i dati anagrafici su un supporto informatico, impostato secondo un tracciato record acquisito ai fini liquidativi e fornito dalla *Società*.

Per gli inserimenti di nuovi Dipendenti (e relativi nuclei familiari se assicurati) nel corso del periodo assicurativo:

- la copertura decorrerà dalla data in cui ha effetto il rapporto di lavoro con l'Azienda aderente ad AASSOD (es. assunzione o inizio della collaborazione), che il *Contraente* si impegna a comunicare alla *Società*;
- il *premio* verrà regolato nei termini indicati all'art. 6.8 "Pagamento del *premio* e sua regolazione".

Il *Contraente* si impegna ad assicurare la totalità dei soggetti appartenenti alla/e categoria/e citata/e; eventuali inadempienze in merito a tale impegno comporteranno la proporzionale riduzione degli indennizzi.

Il *Contraente* si impegna altresì a fornire tempestiva comunicazione alla *Società* dei Dipendenti nei confronti dei quali il rapporto di lavoro/collaborazione con l'Azienda aderente ad AASSOD venga risolto nel corso di ciascun periodo assicurativo.

Il *Contraente* si impegna a fornire comunicazione alla *Società* delle variazioni nella composizione dei nuclei familiari, qualora assicurati, entro 30 giorni dalle stesse. In ogni caso resta inteso che, in assenza di tale comunicazione, la *liquidazione in forma diretta* (per le prestazioni ove prevista) non sarà operante.

Eventuali variazioni dello stato di famiglia che comportino l'uscita dalla copertura di componenti dal *nucleo familiare* per cause diverse dal decesso, garantiscono comunque ai componenti uscenti la permanenza in copertura fino al compimento del periodo assicurativo in corso.

2.2 NEONATI

Qualora l'*Assicurato* scelga di estendere la copertura ai nuclei familiari, l'*Assicurazione* si intende automaticamente operante nei confronti dei neonati, **ferma la necessità di comunicare per il tramite del *Contraente* la variazione del nucleo entro 30 giorni dalla nascita.** Resta inteso che, **in assenza di tale comunicazione, la *liquidazione in forma diretta* (per le prestazioni ove prevista) non sarà operante per il neonato.**

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

DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Premesso che non è richiesta la compilazione dei questionari anamnestici da parte degli Assicurati, resta convenuto quanto segue:

3.1 PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale permanendo in vigore la qualifica di *Dipendente* dell'Azienda associata ad ANASTE e cessa con la risoluzione del rapporto di lavoro:

- per i Dipendenti che risolvono il rapporto per quiescenza o altre cause (e per i relativi nuclei familiari, se assicurati) **l'assicurazione cessa l'ultimo giorno del mese nel quale è intervenuta la risoluzione del rapporto di lavoro;**
- in caso di decesso del *Dipendente*, per il *nucleo familiare* – se *Assicurato* – **l'assicurazione vale fino al compimento del periodo assicurativo in corso.**

Il premio convenuto è comunque dovuto alla *Società* e nessuna restituzione spetta al *Contraente*.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate. L'assicurazione cessa, nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile con il manifestarsi di una delle suddette malattie nel corso della validità della *polizza* e nessun *indennizzo* è dovuto dalla *Società*. L'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà restituito dalla *Società*.

Non sono assicurabili le persone che abbiano cessato l'attività a seguito del raggiungimento dei requisiti per il collocamento a riposo dal servizio secondo le vigenti leggi (personale in quiescenza).

In ogni caso qualora l'*Assicurato*, raggiunto il limite di età pensionabile, abbia optato per la prosecuzione dell'attività professionale a favore del *Datore di lavoro*, **permanendo in servizio senza soluzione di continuità, la presente assicurazione opera fino al compimento del 75° anno di età;** le persone che raggiungono tale età in corso di contratto si intendono in copertura fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso.

I medesimi limiti si intendono operanti per i componenti del *nucleo familiare*.

3.2 ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende le spese per:

- a) cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- b) prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da *infortunio* indennizzabili), dimagranti e fitoterapiche;
- c) difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia (l'esclusione non vale per i nati in corso di contratto, se la copertura li comprende);
- d) infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- e) prestazioni terapeutiche e/o chirurgiche finalizzate al cambiamento del sesso;
- f) sieropositività da virus H.I.V.;
- g) infortuni derivanti da stato di ubriachezza o sotto l'influenza di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico;
- h) ricoveri resi necessari unicamente dallo stato di non autosufficienza dell'*Assicurato* e/o lungodegenze;

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

- i) infortuni occorsi durante la pratica di sport aerei in genere, la partecipazione a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove, nonché occorsi durante la pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;
- j) malattie mentali, disturbi psichici in genere (comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, quelle riferibili ad esaurimento nervoso), atti di autolesionismo (compreso tentato suicidio), forme maniaco depressive, disturbi del comportamento alimentare, disturbi di personalità e loro conseguenze, psicoterapia e psicoanalisi;
- k) aborto volontario non terapeutico;
- l) cure dentarie (e relativi accertamenti diagnostici), ortodontiche e delle parodontopatie, *protesi dentarie*, salvo quanto disciplinato nella Sezione *Rimborso Spese Mediche*;
- m) acquisto, noleggio, riparazioni e manutenzione di apparecchi *protesici* o sanitari, salvo quanto previsto nella Sezione *Rimborso Spese Mediche*;
- n) malattie professionali di cui al D.P.R. n° 336/94 e successive modifiche e integrazioni;
- o) cure e terapie effettuate con utilizzo di cellule staminali, che non abbiano superato le fasi di sperimentazione clinica, salvo nei casi disposti dall'Autorità Giudiziaria;
- p) le terapie e le cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- q) le conseguenze di:
 - atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
 - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili);
 - atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa;
 - trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocate) e accelerazioni di *Particelle atomiche*, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
 - guerre ed insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

3.3 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'*assicurazione* vale in tutto il mondo.

Si conviene che la *Società* non è tenuta a prestare alcuna garanzia e non è responsabile del pagamento di alcun *sinistro* o della fornitura di alcun servizio nel caso in cui la prestazione di garanzie o il pagamento di sinistri o la fornitura di servizi dovesse esporla a sanzioni, proibizioni o restrizioni secondo risoluzioni o sanzioni economiche e/o commerciali previste dall'ONU, leggi o regolamenti dell'Unione Europea.

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

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

AREA RICOVERO

4.1 GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di grande *intervento chirurgico* di cui all'Allegato A la Società rimborsa all'Assicurato, **fino alla concorrenza del *massimale* di cui all'art. 4.1.1** seguente, le spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate relative a:

- a) onorari dei chirurghi, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- b) diritti di sala operatoria;
- c) materiale di intervento, compresi i trattamenti terapeutici e gli apparecchi *protesici* usati durante l'intervento;
- d) retta di degenza;
- e) assistenza medica ed infermieristica, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di *ricovero* relativo all'intervento subito;
- f) accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e visite specialistiche, effettuate **nei 120 giorni precedenti il *ricovero*** per l'intervento e resi necessari dall'intervento stesso **per un massimo di € 1.000,00 per intervento**;
- g) esami diagnostici strumentali, esami di laboratorio, visite specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi *protesici* e sanitari, effettuati **nei 120 giorni successivi** all'intervento e resi necessari dall'intervento stesso **per un massimo di € 1.000,00 per intervento**;
- h) prelievo di organi o *Parti* di esso, ricoveri relativi al donatore, accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, *intervento chirurgico* di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;
- i) spese di trasporto sanitario (in Italia e all'*Eestero*) o spese di rimpatrio della salma per decesso conseguente a grande *intervento chirurgico* avvenuto all'*Eestero*, **per un massimo di € 3.000,00.**

4.1.1 MODALITÀ DI INDENNIZZO

Il *rimborso* spetta per le spese effettivamente sostenute e comunque **fino alla concorrenza del *massimale* di € 90.000 con le seguenti limitazioni:**

- in strutture e presso medici convenzionati senza applicazione di *scoperti/franchigie*, **fermo il sottolimito di € 50.000 per trapianti**;
- In caso di ricorso a strutture e/o medici non convenzionati **con l'applicazione di uno *scoperto* del 20% e con il massimo *rimborso* di € 8.000.**

4.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA DEL RIMBORSO

All'Assicurato, sottoposto a grande *intervento chirurgico*, a titolo di *rimborso* spese spetta un'indennità per ogni giorno di *ricovero*, **con un massimo di 10 giorni**, come di seguito specificato:

- a) € 40,00 al giorno per *ricovero* in Italia;
- b) € 60,00 al giorno per *ricovero* all'*Eestero*.

Qualora siano richiesti solo i *rimborsi* lettera f), g), h), i) di cui al precedente articolo 4.1, l'Assicurato potrà richiedere l'indennità sostitutiva del *rimborso*.

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

4.3 ESCLUSIONE DELLA CUMULABILITÀ DEL RIMBORSO

Qualora siano richiesti i *rimborsi* lettere a), b), c), d), e) di cui al precedente articolo 4.1, l'*Assicurato* deve rilasciare attestazione scritta circa l'operatività, o meno, di polizze integrative e/o assicurazioni sanitarie e/o adesione a Società di mutuo soccorso e/o Fondi sanitari, al fine del calcolo del contributo integrativo erogabile da parte della Società, essendo esclusa in qualsivoglia caso la cumulabilità del rimborso in esame - nei limiti dei citati rimborsi - con altre tutele sanitarie. L'*Assicurato* deve pertanto presentare attestazione in cui si dichiara che si tratta dell'unico rimborso richiesto.

È altresì obbligatorio presentare la documentazione di spesa, che sarà restituita successivamente con indicato, sulla ricevuta, l'eventuale importo rimborsato.

4.4 INTERVENTO PER NEONATI

Sono compresi nella tutela tutti gli interventi sostenuti dal figlio dell'*Assicurato*, durante il primo anno di vita, per la correzione di malformazioni congenite fino ad un *massimale* di € 10.000 per intervento.

Documenti da allegare:

- 1) **Copia della cartella clinica**, il cui costo verrà rimborsato **allegando la ricevuta fiscale, completa di anamnesi e del tipo di intervento praticato;**
- 2) **Copia della documentazione analitica delle spese** (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale") contenente:
 - a. Indicazioni dell'assistito (*Assicurato* o familiare avente diritto);
 - b. Indicazioni dell'emittente (nome, cognome, *residenza* o domicilio, numero di *Partita Iva*) con qualificazione professionale e specialistica;
 - c. Data di emissione;
 - d. Numero e descrizione dettagliata delle prestazioni;
 - e. Data in cui le prestazioni sono state fornite o periodi di tempo per le prestazioni di carattere continuativo;
 - f. Indicazioni di quietanzamento;
- 3) **Copia della ricevuta del ticket de/ Servizio Sanitario Nazionale.**
Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (ticket) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

AREA SPECIALISTICA

4.5 VISITE SPECIALISTICHE

La presente garanzia opera esclusivamente a favore del *Dipendente* e non del relativo *nucleo familiare*. La Società tiene l'*Assicurato* indenne dalle spese sostenute per visite specialistiche effettuate in forma diretta in strutture e presso medici convenzionati con l'applicazione di una *franchigia* di € 30,00 per ciascuna visita, che rimane a carico dell'*Assicurato*.

Documenti da allegare:

- 1) **Copia della documentazione analitica in originale delle spese** (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale");

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

2) Copia della ricevuta del *ticket* del Servizio Sanitario Nazionale.

Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

4.6 RIMBORSO PER VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI DIAGNOSTICI STRUMENTALI, ESAMI DI LABORATORIO, ACCESSO PER PRONTO SOCCORSO EFFETTUATI TRAMITE SSN (TICKET)

Qualora siano effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale, visite specialistiche, esami diagnostici strumentali e/o di laboratorio, accesso a *Pronto Soccorso*, la *Società* rimborsa integralmente il costo dei *ticket* a carico dell'*Assicurato*.

Documenti da allegare:

1) Copia della ricevuta del *ticket* del Servizio Sanitario Nazionale.

Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

4.7 RIMBORSO PER ESAMI EFFETTUATI A SCOPO DI PREVENZIONE O CONTROLLO

Qualora siano effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale, visite specialistiche, esami diagnostici strumentali e/o di laboratorio, eseguiti anche a solo scopo di prevenzione, la *Società* rimborsa integralmente il costo dei *ticket* a carico dell'*Assicurato*.

Documenti da allegare:

1) Copia della ricevuta del *ticket* del Servizio Sanitario Nazionale.

Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

4.8 ALTA DIAGNOSTICA STRUMENTALE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

All'*Assicurato*, nel caso in cui effettui un esame di alta diagnostica strumentale, spetta per ogni esame effettuato un *rimborso*:

- a) per esami effettuati in strutture convenzionate in forma diretta **con l'applicazione di una franchigia di € 30,00 per esame, che resta a carico dell'Assicurato;**
- b) nei casi di esami effettuati in regime privato o intramurale **con l'applicazione di uno scoperto del 50% e un massimo rimborsabile di € 40,00 per esame.**

Ai fini del *rimborso* si considerano accertamenti di alta diagnostica strumentale e alta specializzazione gli esami indicati nell'allegato B.

Documenti da allegare:

- 1) **Copia della documentazione analitica delle spese** (fattura, nota, parcella, "fattura/ ricevuta fiscale");
- 2) **Copia della ricevuta del *ticket* del Servizio Sanitario Nazionale.**
Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica;
- 3) **Copia della prescrizione del proprio medico curante contenente la descrizione della patologia.**

4.9 NORME COMUNI AGLI ARTICOLI 4.5 – 4.6 – 4.7 – 4.8

4.9.1 MASSIMALE

I *rimborso* relativi all'Area specialistica si intendono concessi per spese documentate e sostenute

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

dall'*Assicurato* fino ad un massimo di € 7.000,00 nell'arco dell'anno solare.

4.9.2 ESCLUSIONI

Il *rimborso* non è concesso per le prestazioni inerenti l'Odontoiatria, l'Ortodonzia, la Medicina legale, la Medicina dello sport, la Medicina del lavoro, la Medicina estetica, il rilascio di patenti, brevetti e abilitazioni, l'Omeopatia, la Medicina olistica, la Chiropratica, la Iridiologia.

Sono inoltre escluse e quindi non riconosciute le visite specialistiche effettuate da soggetti non in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia.

4.9.3 PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA DI RIMBORSO

La richiesta di *rimborso*, ad eccezione della forma relativa alle strutture convenzionate, può essere presentata con le seguenti scadenze:

- a) **una sola volta per anno solare;**
- b) in qualsiasi momento dell'anno **purché, cumulando le spese sostenute, l'importo dei *ticket* sia superiore a € 100,00.**

Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

AREA ASSISTENZA SANITARIA

4.10 ASSISTENZA DOMICILIARE SANITARIA

All'*Assicurato*, nel caso in cui sia colpito da malattie invalidanti temporanee o permanenti e necessiti di interventi sanitari a domicilio, spetta un *rimborso* delle spese sostenute **con l'applicazione di uno scoperto del 50% ed un massimo indennizzabile di € 1.000,00 per anno solare.**

Sono considerati interventi di assistenza sanitaria domiciliare le seguenti prestazioni **fornite da medici in possesso di laurea in Medicina e Chirurgia e/o da infermieri e/o da fisioterapisti specializzati:**

- terapie mediche;
- assistenza per medicazioni, mobilizzazioni, prelievi, rilievi di parametri biologici;
- assistenza riabilitativa e fisioterapia.

Il *rimborso* verrà liquidato solo se tutte le spese sostenute saranno dettagliatamente documentate e in regola con la normativa fiscale vigente e riconducibili alla patologia in atto.

Documenti da allegare:

- 1) **Copia della documentazione analitica delle spese** (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale");
- 2) **Copia della documentazione attestante la tipologia di *malattia* e il tipo di trattamento effettuato;**
- 3) **Copia del certificato.**

AREA GRAVIDANZA E MATERNITÀ

4.11 GRAVIDANZA E MATERNITÀ

4.11.1 GRAVIDANZA

All'*Assicurato* spetta un *rimborso* per le spese sostenute per le visite specialistiche, per le ecografie e le

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

analisi clinico chimiche effettuate in gravidanza. Il *rimborso* è erogabile **fino ad un massimo rimborsabile di € 700,00 per gravidanza.**

Documenti da allegare:

- 1) **Copia della documentazione analitica delle spese** (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale");
- 2) **Copia della ricevuta del *ticket* del Servizio Sanitario Nazionale.**
Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica;
- 3) **Copia del certificato attestante lo stato di gravidanza.**

4.11.2 MATERNITÀ

La presente prestazione opera esclusivamente a favore del *Dipendente* e non del relativo *nucleo familiare*.

All'Assicurato, ricoverato per parto, a titolo di *rimborso* spese spetta un *rimborso* **per ogni giorno di ricovero di € 70,00, con un massimo di 7 giorni.** Il *rimborso* verrà erogato anche in caso di aborto terapeutico.

Documenti da allegare:

- 1) **Copia del certificato di dimissione dell'Ospedale dal quale risulti la data di ingresso, quella di dimissione e l'avvenuto parto.**

AREA ODONTOIATRICA

4.12 PREVENZIONE ODONTOIATRICA

Nel caso in cui l'Assicurato richieda prestazioni odontoiatriche di prevenzione (ablazione del tartaro) presso Studi dentistici convenzionati con la *Società*, la stessa provvede al pagamento diretto delle relative spese sostenute preventivamente prese in carico.

Analogo *rimborso* è previsto nel caso in cui l'Assicurato sostenga spese per l'ablazione del tartaro tramite il Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*).

Il *rimborso* è previsto una volta per anno solare e, nel caso siano assicurati i figli, per un solo figlio/a.

Documenti da allegare:

- 1) **Copia della documentazione analitica delle spese** (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale");
- 2) **Copia della ricevuta del *ticket* del Servizio Sanitario Nazionale.**
Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*), non sia specificata la prestazione effettuata è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

4.13 CURE ODONTOIATRICHE

La presente prestazione opera esclusivamente a favore del *Dipendente* e non del relativo *nucleo familiare*.

All'Assicurato, nel caso in cui effettui cure odontoiatriche per impianti osteointegrati e le relative corone fisse presso strutture sanitarie pubbliche o convenzionate con la *Società*, viene riconosciuto un *rimborso* per le spese sanitarie effettivamente sostenute e documentate nelle seguenti misure:

- a) **€ 600,00 per l'applicazione del primo elemento;**

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

b) **€ 500,00 per l'applicazione di ogni altro successivo elemento.**

La tutela è attiva nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Sono rimborsabili le spese sostenute per il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla *Società* alle strutture convenzionate.

Qualora il costo complessivo delle prestazioni dovesse superare il *massimale* previsto, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'*Assicurato* alla struttura convenzionata.

Analogo *rimborso* è previsto nel caso in cui l'*Assicurato* sostenga spese tramite il Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*). In questo caso l'*Assicurato* dovrà presentare richiesta di *rimborso* alla *Società* **allegando copia della documentazione di spesa (*ticket*).**

Alla richiesta di *rimborso* deve essere allegata copia della scheda del piano terapeutico con indicato il codice e il tipo di prestazione effettuata e le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

Il *rimborso* viene corrisposto **fino a un massimo di € 3.000,00 nell'anno solare.**

Documenti da allegare:

- 1) **Copia della documentazione analitica delle spese** (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale");
- 2) **Copia della ricevuta del *ticket* del Servizio Sanitario Nazionale.**

Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica.

4.14 CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

All'*Assicurato*, nel caso in cui sostenga spese odontoiatriche a seguito di *infortunio*, è riconosciuto un *rimborso*:

- a) del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*);
- b) **con l'applicazione di uno scoperto del 50%, che resta a carico dell'*Assicurato*, per le spese sostenute in regime privato.**

Il *rimborso* viene concesso **solo in presenza del certificato di *Pronto Soccorso* che attesti l'*infortunio*.**

Il *rimborso* viene corrisposto **fino a un massimo di € 1.000,00 nell'anno solare e per *infortunio*.**

Documenti da allegare:

- 1) **Copia della documentazione analitica delle spese** (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale");
- 2) **Copia della ricevuta del *ticket* del Servizio Sanitario Nazionale.**
Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica;
- 3) **Copia del certificato di *Pronto Soccorso* che attesti l'*infortunio*.**

AREA TERAPIE

4.15 CICLI DI TERAPIE

All'*Assicurato*, nel caso in cui necessiti di cicli di cure riabilitative a seguito di *infortunio*, è riconosciuto un *rimborso*:

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

- a) del 100% del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*);
- b) con l'applicazione di una *franchigia* di € 50,00 per ogni ciclo di terapia, che resta a carico dell'Assicurato.

I cicli di terapie devono essere effettuati entro 365 giorni dall'*infortunio*. Il *rimborso* è erogato esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da un medico "di base" o da uno specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non sono comprese le prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Per il diritto al *rimborso* è necessaria la presenza di un certificato di *Pronto Soccorso*. Il *rimborso* viene corrisposto fino a un massimo di € 600,00 nell'anno solare.

Documenti da allegare:

- 1) **Copia della documentazione analitica delle spese** (fattura, nota, parcella, "fattura/ricevuta fiscale");
- 2) **Copia della ricevuta del *ticket* del Servizio Sanitario Nazionale.**
Qualora sulla ricevuta del contributo al Servizio Sanitario Nazionale (*ticket*) non sia specificata la prestazione effettuata, è obbligatorio allegare la prescrizione medica;
- 3) **Copia della *cartella clinica* o certificazione sanitaria che attesti l'*infortunio*.**

NORME GENERALI

4.16 CUMULABILITÀ DEI RIMBORSI

I *rimborsi* e servizi erogati non sono fra loro cumulabili.

IMPOSTA DI BOLLO SU RICEVUTE MEDICHE

Ogni esemplare di fattura, nota, ricevuta, quietanza o simile documento, non soggetta ad IVA, rilasciata per un importo pari o superiore ad euro 77,47 deve essere assoggettata ad imposta di bollo nella misura attualmente in vigore mediante applicazione di marche o bollo a punzone. Pertanto, ai fini dell'accettazione della documentazione per il *rimborso* da parte della *Società*, **l'Assicurato ha l'obbligo di presentazione di fatture o documenti equivalenti ricevuti regolarmente assoggettati ad imposta di bollo; comunque la *Società* non rimborsa l'imposta di bollo.**

TRADUZIONE DEI DOCUMENTI IN LINGUA STRANIERA

Nei casi in cui è obbligatorio allegare la traduzione - secondo le modalità di cui all'art. 57 del regolamento applicativo - di documenti scritti in lingua straniera, allegando copia della ricevuta fiscale, ne verrà rimborsato il costo **fino ad un massimo di € 30 per ogni *rimborso* richiesto.**

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

SEZIONE ASSISTENZA

La Società eroga la prestazione di assistenza a favore del solo *Dipendente* e non del *nucleo familiare* e nel caso si renda necessaria a causa degli eventi di seguito indicati.

Per poterne usufruire l'Assicurato deve contattare la *Centrale Operativa* di *Blue Assistance* al Numero Verde 800 641958, funzionante 24 ore su 24 tutti giorni dell'anno o scrivere all'indirizzo di posta elettronica assistenza@bueassistance.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.

5.1 COSA ASSICURIAMO

SERVIZI DI ASSISTENZA TELEFONICA

1) INFORMAZIONI SANITARIE E FARMACEUTICHE E SEGNALAZIONE DI CENTRI DIAGNOSTICI PRIVATI

La *Centrale Operativa* attua un servizio di informazione in merito a:

- strutture sanitarie private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazione sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzioni *ticket*, ecc.);
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

Questo servizio sarà attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, esclusi i giorni festivi.

2) INFORMAZIONI DI MEDICINA TROPICALE

La *Centrale Operativa* attua un servizio di informazione in merito a medicina tropicale.

Questo servizio sarà attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, esclusi i giorni festivi.

ASSISTENZA MEDICA

3) CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La *Centrale Operativa* mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di *infortunio e/o malattia improvvisa*. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.**

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

4) INVIO DI UN MEDICO GENERICO/PEDIATRA O DI UN'AMBULANZA

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

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

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

5) RIENTRO ALLA RESIDENZA A SEGUITO DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio di lavoro sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto per motivi di salute, la Centrale Operativa, nel caso in cui i medici, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

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

La prestazione opera fino alla concorrenza del *massimale* di € 1.500 per evento.

6) INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO

Qualora in conseguenza di *malattia* o di *infortunio* l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di speciali medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzati in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviargli con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. **Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.**

7) RIMPATRIO SANITARIO DALL'ESTERO

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

- organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra:
 - Aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);
 - Aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
 - Treno (prima classe);
 - Autoambulanza;
 - Altri mezzi adatti alla circostanza;
- fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico, se necessario.

In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

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

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

8) MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si trovino ricoverati in *istituto di cura* per almeno 20 giorni consecutivi, che l'Assicurato, o un suo familiare, potrà richiedere contattando la *Centrale Operativa* **dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.**

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

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

9) ASSISTENZA AI FAMILIARI ASSICURATI

Qualora ad un componente del *nucleo familiare* sia diagnosticata sia diagnosticata una neoplasia maligna, allo scopo di soddisfare un'eventuale richiesta di ascolto nei momenti immediatamente successivi al verificarsi dell'evento traumatico, la *Centrale Operativa* organizzerà, **se richieste entro 30 giorni dalla diagnosi**, fino ad massimo di 2 sedute di psicoterapia a domicilio o presso lo studio di un professionista convenzionato con *Blue Assistance*, a favore dell'Assicurato medesimo o di un suo familiare assicurato.

La prestazione opera, previo invio della documentazione medica attestante la diagnosi di neoplasia maligna.

10) ASSISTENZA AI MINORI DI 14 ANNI

Nel caso in cui, in conseguenza di *malattia* o di *infortunio*, l'Assicurato necessiti di un ricovero in *Istituto di cura* per un periodo superiore a 10 giorni, e non possa prendersi cura del figlio minore di 14 anni in viaggio con lui, la *Centrale Operativa*, tenendo a proprio carico le spese **fino ad un massimo di € 500,00**, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) per recarsi sul posto e prendersi cura del minore, o ricondurlo presso la sua residenza.

11) VIAGGIO DI UN FAMILIARE

Nel caso in cui, in conseguenza di *malattia* o di *infortunio*, l'Assicurato necessiti di un *ricovero* in *Istituto di cura* per un periodo superiore a 10 giorni, la *Centrale Operativa*, tenendo a proprio carico le spese **fino ad un massimo di € 500,00**, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

12) RECAPITO MESSAGGI URGENTI

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la *Centrale Operativa* si adopererà per l'inoltro di tali messaggi. La *Centrale Operativa* non è responsabile del contenuto dei messaggi.

13) RIENTRO ANTICIPATO

Qualora, nel corso di un viaggio dell'Assicurato, deceda, o venga ricoverato per un periodo superiore a 7 giorni, un familiare convivente, la *Centrale Operativa* provvede a mettergli a disposizione un biglietto, in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o con altro mezzo di trasporto, per recarsi nel luogo dov'è avvenuto il decesso o dove avviene l'inumazione o per rientrare alla propria *residenza*, **fino ad un massimo di €500.**

L'Assicurato è tenuto a fornire, su richiesta della *Centrale Operativa* ed al massimo entro 30 giorni,

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

il certificato di morte rilasciato dall'anagrafe o la documentazione medica rilasciata dalla **struttura sanitaria**.

ASSISTENZA A DOMICILIO IN ITALIA

14) ASSISTENZA INFERMIERISTICA POST-RICOVERO

Qualora l'Assicurato al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, dell'assistenza infermieristica presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di € 300 per sinistro**.

15) ASSISTENZA FISIOTERAPICA POST-RICOVERO

Qualora l'Assicurato al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di € 300 per evento**.

16) INVIO DI UNA BABY-SITTER

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

La prestazione opera per un massimo di 12 ore per sinistro.

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

17) INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

Qualora, a seguito di *infortunio o malattia*, l'Assicurato venga a trovarsi presso la propria *residenza*, **in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto certificata da prescrizione medica**, la Centrale Operativa - **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico della Società **fino a un massimo di 12 ore per sinistro**.

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

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

18) CONSEGNA FARMACI AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza temporanea presso la propria *residenza*, a seguito di *infortunio o malattia*, **che comporti una permanenza a letto o una situazione di forte disagio, certificati da prescrizione medica** - la Centrale Operativa **per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento**, provvede a garantire la consegna al domicilio di farmaci non salvavita.

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

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

19) CONSEGNA SPESA A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza temporanea presso la propria *residenza*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, **che comporti una permanenza a letto o una situazione di forte disagio, certificati da prescrizione medica** - la *Centrale Operativa* provvede a garantire, **per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento**, la consegna al domicilio di generi alimentari o di prima necessità.

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

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

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

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

20) CUSTODIA ANIMALI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire dalla propria *residenza*, come prescritto dalla *struttura sanitaria* che lo ha dimesso o dal proprio medico, e necessiti di reperire ed attivare un operatore che si prenda cura del suo animale domestico (cane o gatto), la *Centrale Operativa* provvede a ad inviare il relativo personale presso la *residenza* dell'Assicurato, tenendone il costo a carico della *Società* **per un massimo di 12 ore per sinistro.**

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

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

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

6.1 DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

La presentazione della denuncia con relativa prescrizione medica e documentazione di spesa implica contestualmente la chiusura del *sinistro*. Pertanto, **l'invio di ulteriore documentazione dopo che è stata presentata la denuncia equivale a tutti gli effetti ad apertura di un nuovo *sinistro*.**

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 fruite 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.

6.2 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).**

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**

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

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*.**

6.3 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.

6.4 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*.

6.5 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'*Assicurato* deve inoltre:

- **sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, ad eventuali accertamenti e controlli medici** disposti dalla *Società* o suoi incaricati, **fornendo ogni informazione** che la stessa ritenga necessaria;
- **sciogliere dal segreto professionale**, nei confronti della *Società* e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, **i medici che lo hanno visitato o curato**.

6.6 CONTROVERSIE

VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

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

- 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*;**
- 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 rifiuti 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, Numero Verde 800 320 320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 7425420, e-mail: buongiorno reale@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.

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

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

6.7 DATA DEL SINISTRO

Per “data in cui si è verificato il *sinistro*” si intende il giorno in cui si è verificato il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*; per le Prestazioni *Extraricovero*: la data della prima prestazione sanitaria erogata.

La *Società* effettua, **nei limiti del *massimale annuo previsto***, il *rimborso* delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del *sinistro*, e comunque non oltre 180 giorni dalla scadenza del contratto.

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

6.8 PAGAMENTO DEL PREMIO E SUA REGOLAZIONE

Il *premio* annuale, comprensivo di imposte, per ciascun *Dipendente* in servizio presso le Aziende associate ad ANASTE che abbiano aderito ad AASSOD è pari a € 144,00 e viene corrisposto in 12 rate mensili nei termini di seguito descritti. Per ciascun *Dipendente* che entri in copertura nel corso del periodo assicurativo, il *premio*, comprensivo di imposte, è dovuto in misura di € 12 per ciascun mese o frazione di mese di permanenza in copertura a partire da quello successivo alla data di adesione ad AASSOD.

Qualora il *Dipendente* intenda esercitare la facoltà di estensione della copertura ai familiari, il *premio* annuo lordo per questi è stabilito in:

- € 120,00 per il coniuge/convivente ovvero more uxorio
- € 120,00 per i figli

Non è possibile estendere la presente copertura a singoli componenti del *nucleo familiare*, ferma la non operatività della copertura nei confronti dei componenti del nucleo che risultino non assicurabili ai sensi del presente contratto.

Entro la prima settimana di ciascun mese, dal momento di effetto della *polizza*, il *Contraente* si impegna a trasmettere alla *Società* un aggiornamento del tracciato record informatico – compilato secondo le istruzioni fornite dalla *Società* – contenente:

- le anagrafiche degli Assicurati che abbiano aderito ad AASSOD nel corso del mese precedente;
- la data di cessazione della copertura degli Assicurati nei confronti dei quali sia venuta meno l'iscrizione ad AASSOD (data di cessazione del rapporto di lavoro del singolo *Assicurato* con l'Azienda aderente ad AASSOD oppure di cessazione del rapporto associativo tra Azienda e ANASTE).

Si precisa che la *Società* non potrà garantire l'erogazione delle prestazioni per le quali sia prevista la *liquidazione in forma diretta* nei confronti dei singoli Assicurati, fino al momento della trasmissione dei relativi dati anagrafici nei termini sopra indicati.

Entro 15 giorni dal termine di ciascun mese dal momento di decorrenza della *polizza*, la *Società*, in base alle comunicazioni ricevute, provvederà all'emissione dell'appendice di regolazione, computando a debito del *Contraente* i premi conteggiati nei termini sopra descritti; per le annualità assicurative successive al primo periodo di copertura, con la medesima appendice verrà inoltre computata a debito del *Contraente* la quota di *premio* – per gli Assicurati già precedentemente in copertura – relativa ai periodi eventualmente non ancora corrisposti.

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

L'eventuale differenza risultante dalla regolazione deve essere pagata nei 10 giorni successivi alla emissione della relativa appendice.

Qualora per inesatte o incomplete dichiarazioni del *Contraente* la regolazione del *premio* risultasse calcolata su basi minori di quelle effettive, il *Contraente* sarà tenuto a versare alla *Società* la differenza dovuta, maggiorata - a titolo di penale - del 50%.

Se il *Contraente* non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati o il pagamento della differenza attiva dovuta, la *Società* fisserà un ulteriore termine non inferiore a 10 giorni, trascorso il quale si riserva il diritto di agire giudizialmente o di comunicare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Dopo la scadenza del contratto, se il *Contraente* non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del *premio*, la *Società*, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisca la mancata regolazione. Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, è invece obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il *premio* pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti delle somme assicurate ridotte in ugual misura.

Per detti sinistri la *Società* ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato in più del dovuto.

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*:

Art. 1.1 (Entrata in vigore dell'*Assicurazione* – Pagamento del *premio*); Art. 1.2 (Proroga dell'*Assicurazione*); Art. 1.3 (Dichiarazioni relative alle circostanze del *rischio* e forma delle comunicazioni); Art. 1.5 (Oneri); Art. 3.1 (Persone non assicurabili – Limiti di età); Art. 3.2 (Esclusioni); Art. 4.3 (Esclusione della cumulabilità del *rimborso*); Art. 4.16 (Cumulabilità del *rimborso*); Art. 6.1 (Denuncia e liquidazione del *sinistro*); Art. 6.5 (Obblighi dell'*Assicurato*); Art. 6.6 (Controversie); Art. 6.8 (Pagamento del *premio* e sua regolazione).

ALLEGATO A – INTERVENTI CHIRURGICI RIMBORSABILI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA GENERALE

- Intervento per asportazione tumore maligno della mammella con eventuale applicazione di *protesi*
- Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

-
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
 - Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
 - Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
 - Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con *protesi*
 - Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di *protesizzazione* di anca

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Interventi di chirurgia oro maxillo-facciale per mutilazioni del viso conseguenti ad *infortunio* che comportino una riduzione delle capacità funzionali >25%

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ALLEGATO B – ELENCO ALTA DIAGNOSTICA E ALTA SPECIALIZZAZIONE

RADIOLOGIA CONVENZIONALE (SENZA CONTRASTO)

- RX mammografia e/o bilaterale
- RX di organo apparato
- RX esofago
- RX esofago esame diretto
- RX tenue seriato
- RX tubo digerente
- RX tubo digerente prime vie/secondo vie
- Stratigrafia (di organi e apparati)

RADIOLOGIA CONVENZIONALE CON CONTRASTO

- Angiografia (compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cavernosografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia menzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colonscopia (con asportazione di polipo con un massimo di 8mm di diametro)
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Esami radiologici apparato circolatorio
- Esame urodinamico
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Gastrosocopia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- RX esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- RX piccolo intestino/stomaco con doppio contrasto

-
- RX stomaco con doppio contrasto
 - RX tenue a doppio contrasto con studio selettivo
 - RX tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
 - Scialografia con contrasto
 - Splenopoflografia
 - Uretrocistografia
 - Ureteroscopia
 - Urografia
 - Vescicolodeferentografia
 - Wirsungrafia

ALTA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (ECOGRAFIA)

- Ecografia

ECOCOLORDOPPLERGRAFIA

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC)

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- Tc con e senza mezzo di contrasto

RISONANZA MAGNETICA (RM)

- Cine RM cuore
- Angio RM con contrasto
- RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo – distretto – apparato
- Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Miocardioscintigrafia
- Scintigrafia qualunque organo/apparato
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- Elettromiografia
- Elettrocardiogramma (ECG) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma (EEG) con privazione del sonno
- Elettroencefalogramma (EEG) dinamico 24 ore

-
- Elettroretinogramma
 - Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
 - Phmetria esofagea e gastrica
 - Potenziali evocati
 - Spirometria
 - Tomografia mappa strumentale della cornea

QUADRO SINOTTICO – COPERTURA DIPENDENTI

PRESTAZIONI	MASSIMALE ANNUO	FRANCHIGIE/SCOPERTI
<i>RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO</i> (inclusa correzione malformazioni neonato nel primo anno di vita)	€ 90.000	<ul style="list-style-type: none"> - Network: nessuno scoperto/franchigia Sottomassimali: € 50.000 per trapianti; € 10.000 per correzione <i>malformazione</i> del neonato nel primo anno di vita - Extranetwork: max € 8.000, scoperto 20% - Diaria sostitutiva: € 40 – max 10 gg per ricoveri in Italia; € 60 – max 10 gg per ricoveri all'Estero <p>Pre-post <i>ricovero</i> nei 120 gg precedenti e successivi con applicazione sottolimito € 1.000</p> <p>Rimpatrio salma / Trasporto sanitario: sottolimito € 3.000</p>
Assistenza Domiciliare Sanitaria	€ 1.000	- Scoperto 50%
Alta Diagnostica Strumentale e Alta Specializzazione	€ 7.000	<ul style="list-style-type: none"> - Network: <i>franchigia</i> € 30 - Extranetwork: scoperto 50%, max rimborso € 40 - SSN: rimborso integrale ticket sanitari
Visite specialistiche	nell'ambito del max di Alta Diagnostica	<ul style="list-style-type: none"> - Network: <i>franchigia</i> € 30 - Extranetwork: prestazione non operante - SSN: rimborso integrale ticket sanitari
<i>Rimborso ticket</i> per Accertamenti Diagnostici, Esami di Laboratorio, Accesso Pronto Soccorso	nell'ambito del max di Alta Diagnostica	<ul style="list-style-type: none"> - Network / Extranetwork: prestazione non operante - SSN: rimborso integrale ticket sanitari
<i>Rimborso ticket</i> per Prevenzione / Controllo (Accertamenti, Esami Laboratorio, Visite specialistiche)	nell'ambito del max di Alta Diagnostica	<ul style="list-style-type: none"> - Network / Extranetwork: prestazione non operante - SSN: rimborso integrale ticket sanitari
Cicli di Terapie a seguito di <i>Infortunio</i>	€ 600,00	<ul style="list-style-type: none"> - Network / Extranetwork: <i>franchigia</i> € 50 - SSN: rimborso integrale ticket sanitari
Pacchetto Maternità e Gravidanza	€ 1.190,00	<ul style="list-style-type: none"> - Gravidanza: rimborso spese per visite, ecografie, analisi chimico-cliniche, sottolimito € 700 senza applicazione di <i>franchigia</i> - Maternità: diaria <i>ricovero</i> per parto € 70 al giorno, max 7 giorni
Cure Odontoiatriche a seguito di <i>Infortunio</i>	€ 1.000	Prestazione operante previa presentazione del certificato di <i>Pronto Soccorso</i> , nei seguenti termini: <ul style="list-style-type: none"> - Network / extranetwork: scoperto 50% - SSN: rimborso integrale dei ticket sanitari
Cure Odontoiatriche Implantologia	€ 3.000	Prestazione operante esclusivamente presso strutture convenzionate con <i>Blue Assistance</i> oppure in SSN, senza applicazione di <i>franchigia</i> a carico dell'Assicurato, fermi i seguenti sottolimiti: <ul style="list-style-type: none"> - € 600 per l'applicazione del primo elemento; - € 500 per l'applicazione di ogni elemento successivo
Prevenzione Odontoiatrica	1 volta l'anno	Una seduta di igiene orale per anno assicurativo operante esclusivamente in strutture convenzionate con <i>Blue Assistance</i> senza costo a carico dell'Assicurato e previa prenotazione, oppure in SSN con rimborso integrale del <i>ticket sanitario</i>
Servizi di Assistenza Telefonica		<ul style="list-style-type: none"> - Informazioni Sanitarie e Farmaceutiche e Segnalazione di Centri diagnostici privati - Informazioni di medicina tropicale

Assistenza Medica	Vedere limiti annui singola prestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Consulenza medica telefonica • Invio di un medico/pediatra in Italia • Invio di autoambulanza in Italia • Rientro alla <i>residenza</i> a seguito missione ospedaliera – max € 1.500 • Invio medicinali all'<i>Estero</i> • Rimpatrio sanitario dall'<i>Estero</i> • Monitoraggio del <i>ricovero</i> ospedaliero • Assistenza ai familiari assicurati • Assistenza ai minori di anni 14 • Viaggio di un familiare – max € 500 • Recapito messaggi urgenti • Rientro anticipato – max € 500
Assistenza a domicilio in Italia	Vedere limiti annui singola prestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza <i>infermieristica</i> post-<i>ricovero</i> – max € 300 • Assistenza fisioterapica post-<i>ricovero</i> – max € 300 • Invio baby-sitter – max 12 ore • Collaboratrice familiare – max 12 ore • Consegna farmaci presso l'abitazione - 1 uscita a settimana, per max. 3 settimane dal <i>sinistro</i> • Servizio spesa a casa - 1 uscita a settimana, per max. 3 settimane dal <i>sinistro</i> • Custodia animali – max 12 ore

QUADRO SINOTTICO – COPERTURA FAMILIARI

PRESTAZIONI	MASSIMALE ANNUO	FRANCHIGIE/SCOPERTI
<i>RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO</i> (inclusa correzione malformazioni neonato nel primo anno di vita)	€ 90.000	<ul style="list-style-type: none"> - Network: nessuno <i>scoperto/franchigia</i> Sottomassimali: € 50.000 per trapianti; € 10.000 per correzione <i>malformazione</i> del neonato nel primo anno di vita - Extranetwork: max € 8.000, <i>scoperto</i> 20% - Diaria sostitutiva: € 40 – max 10 gg per ricoveri in Italia; € 60 – max 10 gg per ricoveri all'Estero Pre-post <i>ricovero</i> nei 120 gg precedenti e successivi con applicazione sottolimito € 1.000 Rimpatrio salma / Trasporto sanitario: sottolimito € 3.000
Assistenza Domiciliare Sanitaria	€ 1.000	- <i>Scoperto</i> 50%
Alta Diagnostica Strumentale e Alta Specializzazione	€ 7.000	<ul style="list-style-type: none"> - Network: <i>franchigia</i> € 30 - Extranetwork: <i>scoperto</i> 50%, max <i>rimborso</i> € 40 - SSN: <i>rimborso</i> integrale <i>ticket</i> sanitari
<i>Rimborso ticket</i> per Accertamenti Diagnostici, Esami di Laboratorio, Accesso Pronto Soccorso	nell'ambito del max di Alta Diagnostica	<ul style="list-style-type: none"> - Network / Extranetwork: prestazione non operante - SSN: <i>rimborso</i> integrale <i>ticket</i> sanitari
<i>Rimborso ticket</i> per Prevenzione / Controllo (Accertamenti, Esami Laboratorio, Visite specialistiche)	nell'ambito del max di Alta Diagnostica	<ul style="list-style-type: none"> - Network / Extranetwork: prestazione non operante - SSN: <i>rimborso</i> integrale <i>ticket</i> sanitari
Cicli di Terapie a seguito di <i>Infortunio</i>	€ 600,00	<ul style="list-style-type: none"> - Network / Extranetwork: <i>franchigia</i> € 50 - SSN: <i>rimborso</i> integrale <i>ticket</i> sanitari
Pacchetto Gravidanza	€ 700,00	- <i>rimborso</i> spese per visite, ecografie, analisi chimico-cliniche, senza applicazione di <i>franchigia</i>
Cure Odontoiatriche a seguito di <i>Infortunio</i>	€ 1.000	Prestazione operante previa presentazione del certificato di <i>Pronto Soccorso</i> , nei seguenti termini: <ul style="list-style-type: none"> - Network / extranetwork: <i>scoperto</i> 50% - SSN: <i>rimborso</i> integrale dei <i>ticket</i> sanitari
Prevenzione Odontoiatrica	1 volta l'anno	Una seduta di igiene orale per anno assicurativo operante esclusivamente in strutture convenzionate con <i>Blue Assistance</i> senza costo a carico dell' <i>Assicurato</i> e previa prenotazione, oppure in SSN con <i>rimborso</i> integrale del <i>ticket sanitario</i>



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.