



*Fondo Nazionale Intercategoriale
di Assistenza Sanitaria Integrativa*

Condizioni di Assicurazione

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono formate da 27 pagine

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

Le definizioni, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono *in corsivo*.
Le definizioni al singolare si intendono definite anche al plurale e viceversa

ASSICURATO

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

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

BLUE ASSISTANCE

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

CARENZA – TERMINI DI ASPETTATIVA

Il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione della (o l'ingresso in) *Assicurazione* e l'inizio della garanzia.

CARTELLA CLINICA

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

CENTRALE OPERATIVA

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

CENTRO ODONTOIATRICO CONVENZIONATO

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

CENTRO SANITARIO

Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato all'erogazione di prestazioni extra-*ricovero*.

Non sono considerati *centri sanitari* gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità estetiche e dietologiche, i centri del benessere.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula il contratto con Reale Mutua

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

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 DI ALTA CHIRURGIA

Qualunque atto medico elencato nell'Appendice 1 e realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, Ospedale, Casa di Cura regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non sono convenzionalmente considerati *istituti di cura*: gli stabilimenti termali, le strutture

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

che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

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 a Blue Assistance.

Tutte le spese indennizzabili a termini di polizza vengono rimborsate all'Assicurato previa applicazione degli scoperti/franchigie eventualmente indicati, che rimangono a suo carico.

LIQUIDAZIONE IN FORMA DIRETTA

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

MALATTIA

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

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO

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

MASSIMALE

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

MODULO DI POLIZZA

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

PARTI

Il Contraente e Reale Mutua.

PATOLOGIA IN ATTO – 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 l'Assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente a Reale Mutua.

RICOVERO

Permanenza in *istituto di cura* con pernottamento per *Intervento di alta chirurgia*. Ai soli fini della garanzia di cui al punto 3.7-Pacchetto maternità, si intende per *ricovero* la permanenza con pernottamento in *istituto di cura* per parto o aborto terapeutico.

A maggior precisazione, non configurano *ricovero*:

- il pernottamento in *istituto di cura* per finalità diverse da quelle sopra indicate
- il solo accesso o pernottamento in Pronto Soccorso;
- il day hospital / day surgery.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione e specificatamente: il *ricovero per*

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

Grande intervento chirurgico o, in assenza di *ricovero*, le altre prestazioni sanitarie garantite dal contratto.

SOCIETÀ

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

STRUTTURA SANITARIA

Istituti di cura e centri sanitari, come definiti nel presente contratto.

STRUTTURA SANITARIA E MEDICI CONVENZIONATI

Istituti di cura, centri sanitari e medici chirurghi convenzionati con *Blue Assistance* per la presente *polizza*, presso i quali l'*Assicurato* – previa attivazione del servizio nei termini descritti nel presente contratto – può fruire dell'assistenza diretta per le prestazioni sanitarie che prevedano tale forma di liquidazione.

L'elenco delle strutture e dei medici convenzionati per la presente *polizza* è consultabile nella propria Area personale riservata, all'indirizzo www.blueassistance.it

VISITA SPECIALISTICA

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

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

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Di seguito vengono illustrate le prestazioni oggetto di copertura, con indicazione dei rispettivi limiti di operatività che possono riguardare:

- il canale di fruizione della prestazione; alcune garanzie operano infatti unicamente in caso di ricorso a strutture del Servizio Sanitario Nazionale e/o *strutture sanitarie e medici convenzionati* con Blue Assistance per il presente contratto;
- l'importo massimo indennizzabile e/o gli scoperti/franchigie che rimangono a carico dell'Assicurato;
- limiti temporali di ripetizione della prestazione.

In ciascun articolo relativo alle singole prestazioni vengono indicati i massimali, sottomassimali e limiti temporali di ripetizione annui.

Per il primo periodo assicurativo (01/12/2019 – 31/12/2019) i massimali e i limiti temporali di ripetizione delle prestazioni Extraricovero si intendono ridotti nei termini indicati in Appendice 2.

Per gli *Assicurati* che entrano in copertura nel corso di ciascuna annualità assicurativa successiva al primo periodo (01/12/2019 – 31/12/2019), i massimali e i limiti temporali di ripetizione delle prestazioni si intendono ridotti nei termini indicati in Appendice 2 a seconda del momento di ingresso in copertura di ciascun *Assicurato*.

1.1 **RICOVERO CON INTERVENTO DI ALTA CHIRURGIA**

In caso di *ricovero* per un *intervento di alta chirurgia*, elencati nell'Appendice 1, reso necessario da *infortunio* o *malattia*, Reale Mutua provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni, **fino alla concorrenza di un *massimale* annuo assicurativo / persona pari ad € 100.000,00, ferme le limitazioni previste al successivo punto "Modalità di erogazione delle prestazioni connesse al ricovero"** in caso di ricorso a *strutture sanitarie e/o medici non convenzionati*.

a. **Nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero:**

Esami, accertamenti diagnostici e *visite specialistiche*, purché resi necessari dalla *malattia* o dall'*infortunio* che ha determinato il *ricovero*.

La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente a rimborso.

L'eventuale richiesta di rimborso per prestazioni di cui al presente punto, **non dà diritto all'indennità sostitutiva di cui al successivo punto g. qualora il *ricovero* avvenga in strutture del Servizio Sanitario Nazionale.**

b. **Durante il ricovero:**

- b.1** le spese sostenute per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
- b.2** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di *ricovero*.
- b.3** Retta di degenza: nel caso di *ricovero* in *Istituto di cura* non convenzionato con *Blue Assistance*, le spese sostenute vengono rimborsate **nel limite di € 300,00 al giorno. Non sono comprese nella prestazione le spese voluttuarie.**
- b.4** Retta di vitto e pernottamento dell'*accompagnatore* nell'*istituto di cura* o in struttura alberghiera. Nel caso di *ricovero* in *istituto di cura* non convenzionato con *Blue*

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

Assistance, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per *ricovero*.

b.5 Assistenza infermieristica privata individuale: nel limite di € 80,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per *ricovero*.

La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente a rimborso.

c. Nei 120 giorni successivi al termine del *ricovero*:

Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (**queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'*Istituto di cura***), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali, effettuati, **purché resi necessari dalla *malattia* o dall'*infortunio* che ha determinato il *ricovero*.**

La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente a rimborso.

L'eventuale richiesta di rimborso per prestazioni di cui al presente punto, **non dà diritto all'indennità sostitutiva di cui al successivo punto g. qualora il *ricovero* avvenga in strutture del Servizio Sanitario Nazionale.**

Nell'ambito del *massimale* di cui alla presente garanzia, si intendono inoltre indennizzate le seguenti prestazioni, nei limiti di seguito riportati:

d. Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico:

Spese di trasporto dell'*Assicurato* in ambulanza, con unità coronarica mobile e/o con aereo sanitario all'*Istituto di cura*, di trasferimento da un *Istituto di cura* ad un altro e di rientro alla propria abitazione **con il massimo di € 1.500,00 per *ricovero*.**

e. Trapianti di organo a seguito di *malattia* e *infortunio*:

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi subito dall'*Assicurato*, la *Società* rimborsa le spese previste dai punti da a) a d) con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Durante il *pre-ricovero* sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il *ricovero* relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

E' escluso l'espianto di organi o parti di esso dall'*Assicurato*.

f. Neonati

Spese per *interventi di alta chirurgia*, **come elencati in Appendice 1**, effettuati nel primo anno di vita del bambino nato in corso di validità della *polizza*, per la correzione di *malformazioni congenite*, comprese le visite, gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'*istituto di cura* o in una struttura alberghiera per il periodo di *ricovero*, **nel limite di € 10.000,00 annuo assicurativo / dipendente.**

g. Indennità sostitutiva

Qualora l'*Assicurato* non richieda alcun rimborso alla *Società*, né per il *ricovero* né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità sostitutiva per un massimo di 100 giorni di *ricovero*, come di seguito esplicitato:

a) per i primi 30 giorni di *ricovero* indennità pari ad € 80,00 per ogni giorno di *ricovero*

b) dal 31° giorno di *ricovero*, l'indennità viene elevata a € 100,00 per ogni giorno di *ricovero*

Modalità di erogazione delle prestazioni connesse al *ricovero*

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

- Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale o di strutture con esso accreditato in forma di assistenza diretta, e quindi con costo completamente a carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.1.g "indennità sostituiva". Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei rispettivi punti senza alcuna corresponsione di indennità sostitutiva.
- Nel caso di utilizzo di *istituti di cura* e medici entrambi convenzionati con *Blue Assistance S.p.a.* per la presente polizza, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente e integralmente dalla Società alle strutture convenzionate senza applicazione di *scoperti / franchigie* a carico dell'Assicurato.
Fanno eccezione le spese di cui ai precedenti punti 3.1.a e 3.1.c, le quali vengono sempre liquidate in forma a rimborso.
- In caso di ricorso a *istituti di cura* e/o medici non convenzionati con *Blue Assistance S.p.A.* per la presente polizza - **modalità attivabile nel solo caso in cui l'Assicurato sia residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance** - le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate **nella misura dell'80% con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a € 2.000,00 ed il rimborso avverrà nel limite di un sottomassimale di € 8.000,00 per ciascun intervento effettuato**, nel *massimale* complessivo dell'area *Ricovero*.
Diversamente, resta inteso che l'Assicurato dovrà avvalersi di strutture e medici entrambi convenzionati da *Blue Assistance* per la presente polizza.

1.2 PRESTAZIONI EXTRARICOVERO: DIAGNOSTICA E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

In assenza di *ricovero*, Reale Mutua rimborsa fino alla concorrenza di un **massimale annuo assicurativo / persona pari ad € 5.000,00** le spese sostenute per le seguenti prestazioni sanitarie rese necessarie dall'*infortunio* o dalla *malattia* denunciati

N.B. Per il primo periodo di copertura 01/12/2019 – 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura nel corso delle successive annualità assicurative, il massimale per persona si intende ridotto nei termini indicati in Appendice 2.

Alta diagnostica radiologica esami stratigrafici e contrastografici, anche digitali)

- ◆ Angiografia
- ◆ Artrografia
- ◆ Broncografia
- ◆ Cistografia
- ◆ Cisturografia
- ◆ Clisma opaco
- ◆ Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- ◆ Colangiografia percutanea (PTC)
- ◆ Colangiografia trans Kehr
- ◆ Colecistografia
- ◆ Dacriocistografia / dacriocistotac
- ◆ Defecografia
- ◆ Fistelografia
- ◆ Flebografia
- ◆ Fluorangiografia
- ◆ Galattografia
- ◆ Isterosalpingografia
- ◆ Mielografia
- ◆ Retinografia

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

- ◆ Rx esofago con mezzo di contrasto
- ◆ Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- ◆ Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- ◆ Scialografia
- ◆ Splenoportografia
- ◆ Urografia
- ◆ Vescicolodeferentografia
- ◆ Videoangiografia
- ◆ Wirsungrafia

Accertamenti

- ◆ Accertamenti endoscopici
- ◆ Diagnostica radiologica
- ◆ Doppler
- ◆ Ecocardiografia
- ◆ Ecografia
- ◆ Elettroencefalogramma
- ◆ Elettromiografia
- ◆ Mammografia o mammografia digitale
- ◆ PET
- ◆ Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- ◆ Scintigrafia
- ◆ Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- ◆ Chemioterapia
- ◆ Cobaltoterapia
- ◆ Dialisi
- ◆ Radioterapia

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente** nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di *operatori sanitari* e medici entrambi convenzionati con *Blue Assistance* e nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Modalità di erogazione delle prestazioni

- Nel caso di utilizzo di *centri sanitari* e di medici entrambi convenzionati, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da *Blue Assistance* alle strutture stesse, **lasciando una quota a carico dell'Assicurato di € 35,00 per ogni accertamento e per ogni ciclo di terapia**, ancorché oggetto della medesima fattura, che dovrà essere versata dall' *Assicurato* alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.
L'Assicurato dovrà inoltre presentare all'operatore sanitario la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.
- Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, La *Società* rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

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

Per ottenere il rimborso da parte della **Società**, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Non sono ammesse ad **indennizzo** richieste di rimborso di importo inferiore a € 50, importo cumulabile anche con più ticket riferiti al medesimo Assicurato nel corso dell'anno **Assicurativo**.

A completamento delle modalità di erogazione delle prestazioni illustrate ai punti che precedono, si precisa che **non rientrano in copertura le spese sostenute per prestazioni eseguite dall'Assicurato presso centri sanitari privati non convenzionati con Blue Assistance** per il presente contratto **oppure eseguite presso centri sanitari convenzionati senza la preventiva attivazione della forma diretta** di nei termini previsti dal contratto.

1.3 PRESTAZIONI EXTRARICOVERO: TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, conseguenti a **malattia** o a **infortunio**, non rientranti tra quelli previsti al precedente punto 3.2 "Prestazioni di diagnostica e alta specializzazione", e i ticket sanitari di pronto soccorso, **con l'applicazione di una franchigia di € 10,00 per ciascun ticket** del quale viene chiesto il rimborso.

Non sono in ogni caso ammesse ad indennizzo richieste di rimborso di importo inferiore a € 50, importo cumulabile anche con più ticket riferiti al medesimo Assicurato nel corso dell'anno **Assicurativo**.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è **necessario inviare**, insieme alla copia del ticket da rimborsare, **copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa**.

La disponibilità per la presente garanzia è di € 500,00 per anno assicurativo / persona.

N.B. Per il primo periodo di copertura 01/12/2019 – 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura nel corso delle successive annualità assicurative, il **massimale** per persona si intende ridotto nei termini indicati in Appendice 2.

1.4 PRESTAZIONI EXTRARICOVERO: VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per **visite specialistiche** conseguenti a **malattia** o a **infortunio** fino alla concorrenza di un **massimale annuo assicurativo / persona pari ad € 700,00**, con l'esclusione delle visite in età pediatriche effettuate per il controllo di routine legato alla crescita, delle visite ginecologiche e di quelle odontoiatriche ed ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

N.B. Per il primo periodo di copertura 01/12/2019 – 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura nel corso delle successive annualità assicurative, il **massimale** per persona si intende ridotto nei termini indicati in Appendice 2.

Modalità di erogazione delle prestazioni

La presente garanzia è prestata **esclusivamente** nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di **centri sanitari** e medici entrambi convenzionati con **Blue Assistance** oppure nel caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

- Nel caso di utilizzo di **centri sanitari** e di medici convenzionati con **Blue Assistance**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle

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

strutture stesse, lasciando una quota a carico dell'Assicurato di € 30,00 per ogni *visita specialistica*, che dovrà essere versata alla struttura convenzionata al momento della fruizione della prestazione.

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

- Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato **con l'applicazione di una franchigia di € 10,00 per ciascun ticket** del quale viene chiesto il rimborso.

Per ottenere il rimborso da parte della Società, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della fattura la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

A completamento delle modalità di erogazione delle prestazioni illustrate ai punti che precedono, si precisa che **non rientrano in copertura le spese sostenute per prestazioni eseguite dall'Assicurato presso centri sanitari privati non convenzionati con Blue Assistance per il presente contratto oppure eseguite presso centri sanitari convenzionati senza la preventiva attivazione della forma diretta di nei termini previsti dal contratto.**

1.5 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici riabilitativi, a seguito di *infortunio* comprovato da referto di Pronto Soccorso Pubblico, purché prescritti dal medico curante o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata ed effettuate presso *centri sanitari* convenzionati e da personale medico o abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Il massimale annuo per il complesso della presente garanzia è pari ad € 500,00 per anno assicurativo / persona.

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

N.B. Per il primo periodo di copertura 01/12/2019 – 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura nel corso delle successive annualità assicurative, il massimale per persona si intende ridotto nei termini indicati in Appendice 2.

Modalità di erogazione delle prestazioni

- Nel caso di utilizzo di *centri sanitari* e di medici entrambi convenzionati con *Blue Assistance*, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno *scoperto* o *franchigia*.
- Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a centri sanitari e/o di medici non convenzionati con *Blue Assistance*, le spese sostenute vengono rimborsate **con l'applicazione di uno scoperto del 25% minimo non indennizzabile di € 70,00 per ciascun ciclo di terapia previsto da unica prescrizione medica**, che rimane a carico dell'Assicurato.
- Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

1.6 PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche **nel limite annuo di € 1.000,00 per anno assicurativo / persona.**

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

N.B. Per il primo periodo di copertura 01/12/2019 – 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura nel corso delle successive annualità assicurative, il **massimale** per persona si intende ridotto nei termini indicati in Appendice 2.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **scoperto** del 20% con un minimo non indennizzabile di € 50,00 per ciascuna protesi.

La garanzia non opera per ortesi e ausili ortopedici quali - a titolo esemplificativo e non esaustivo - plantari, rialzi, calzature ortopediche.

1.7 PACCHETTO MATERNITA'

La Società provvede al pagamento - fino alla concorrenza del **massimale** complessivo di € 500,00 per anno assicurativo / persona - delle prestazioni di seguito descritte.

N.B. Per il primo periodo di copertura 01/12/2019 – 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura nel corso delle successive annualità assicurative, il **massimale** per persona si intende ridotto nei termini indicati in Appendice 2.

In gravidanza

Le prestazioni di seguito indicate vengono erogate **esclusivamente** in forma diretta presso centri sanitari e medici entrambi convenzionati con Blue Assistance per il presente contratto, senza applicazione di alcuno *scoperto / franchigia*:

- Fino a un massimo di 3 ecografie di controllo per gravidanza (**ridotte nei termini indicati in Appendice 2 per il primo periodo di copertura dal 01/12/2019 – 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura nel corso delle successive annualità assicurative**);
- Una amniocentesi;
- Analisi del sangue finalizzati al monitoraggio della gravidanza; **si intendono dunque esclusi ulteriori eventuali esami ematochimici generici espletati per scopi diversi e test prenatali comunque denominati.**

La garanzia è inoltre estesa alle *visite specialistiche* di controllo sull'andamento della gravidanza, da fruirsi, a scelta dell'Assicurata:

- presso centri sanitari e medici entrambi convenzionati con Blue Assistance, in forma diretta e senza applicazione di alcuno *scoperto / franchigia*;
- presso centri sanitari e/o medici non convenzionati con Blue Assistance, in forma a rimborso e senza applicazione di alcuno *scoperto / franchigia*.

In caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, rientra in copertura l'eventuale successivo trattamento psicoterapico che si renda necessario, fino ad un massimo di 15 sedute per evento (**ridotte nei termini indicati in Appendice 2 per il primo periodo di copertura dal 01/12/2019 al 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura nel corso delle successive annualità assicurative**);

Tale prestazione viene liquidata *in forma a rimborso*.

Durante il ricovero per parto

- Corresponsione di un'indennità di € 60,00 per ogni pernottamento in *istituto di cura* per parto o aborto terapeutico, con il massimo di **per un massimo di 5 pernottamenti per evento**.
Tale indennità non spetta in caso di *ricovero* per aborto volontario o non terapeutico, nonché in caso di parto domiciliare.
L'indennità viene corrisposta indipendentemente dalla tipologia di *istituto di cura* utilizzato (privato convenzionato, privato non convenzionato, SSN), **nell'ambito del massimale complessivamente previsto per la garanzia di cui al presente punto 3.7**

Dopo il parto

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

- una visita ginecologia di controllo da fruirsi presso *centri sanitari* e medici entrambi convenzionati con *Blue Assistance*; tale prestazione opera esclusivamente *in forma diretta* senza applicazione di alcuno *scoperto / franchigia*.

1.8 PACCHETTO CHECK UP (PREVENZIONE)

La *Società* provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate dall'*Assicurato*, senza spese a suo carico, una volta l'anno in *centri sanitari* convenzionati con *Blue Assistance*, previa attivazione della modalità liquidativa *in forma diretta* secondo quanto disposto dal successivo art. 5.2.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini

- Alaninaminottransferasi (ALT)
- Aspartatoaminottransferasi (AST)
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Urea
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Urine, esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: ricerca del sangue occulto
- PSA

Prestazioni previste per le donne

- Alaninaminottransferasi (ALT)
- Aspartatoaminottransferasi (AST)
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatinina
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo
- Gamma GT
- Glicemia
- Trigliceridi
- Tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- Tempo di protrombina (PT)
- Urea
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Urine, esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: ricerca del sangue occulto
- Pap-test

1.9 PACCHETTO PREVENZIONE ODONTOIATRICA

La *Società* provvede al pagamento, **nella misura del 50%**, esclusivamente delle prestazioni di seguito elencate, effettuate una volta all'anno **esclusivamente in centri sanitari convenzionati con *Blue Assistance*** previa attivazione della modalità liquidativa *in forma diretta* secondo quanto disposto dal successivo art. 5.2:

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

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

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

N.B. Per il primo periodo di copertura 01/12/2019 – 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura successivamente al 31/03 delle successive annualità assicurative non è prevista la possibilità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro.

Restano invece a carico dell'Assicurato eventuale ulteriori prestazioni anche se richieste, quali ad esempio la levigatura dei solchi, la fluorazione e tutto quanto non espressamente sopra indicato.

1.10 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1.10.A PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA

Tale garanzia opera fino alla concorrenza di un *massimale* di € 1.800,00 per anno assicurativo / persona.

N.B. Per il primo periodo di copertura 01/12/2019 – 31/12/2019 il suddetto *massimale* si intende ridotto a € 150,00.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno/moncone relativi a tre o più impianti.

La copertura non opera per il riposizionamento e/o la sostituzione di impianti già esistenti.

Le prestazioni sono erogabili **unicamente presso i centri odontoiatrici convenzionati con Blue Assistance.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società senza applicazione di *scoperti* o *franchigie*.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

La garanzia prevede l'applicazione di un *sottomassimale* nei seguenti casi:

- I. **sottomassimale di € 1.000,00 per anno assicurativo / persona** nel caso di applicazione di due impianti previsti dal medesimo piano di cure (**ridotte nei termini indicati in Appendice 2 per il primo periodo di copertura dal 01/12/2019 – 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura nel corso delle successive annualità assicurative**);
- II. qualora nel corso della medesima annualità Assicurativa, dopo aver attivato la garanzia prevista al successivo punto si rendesse necessario l'innesto di un secondo impianto, quest'ultimo verrà liquidato **nell'ambito del sottomassimale di € 1.000,00** previsto dalla presente garanzia al netto di quanto già autorizzato o liquidato (**ridotte nei termini indicati in Appendice 2 per il primo periodo di copertura dal 01/12/2019 al 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura nel corso delle successive annualità assicurative**);
- III. **sottomassimale di € 500,00 per anno assicurativo / persona** nel caso di applicazione di un impianto previsto dal piano di cure (**ridotte nei termini indicati in Appendice 2 per il primo periodo di copertura dal 01/12/2019 – 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura nel corso delle successive annualità assicurative**).

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

1.10.B AVULSIONE (Estrazione Denti)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) **fino ad un massimo di 4 denti l'anno.**

N.B. Per il primo periodo di copertura 01/12/2019 – 31/12/2019, nonché in caso di ingresso in copertura nel corso delle successive annualità assicurative, il numero massimo di avulsioni per persona si intende ridotto nei termini indicati in Appendice 2.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di centri odontoiatrici convenzionati con Blue Assistance.**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente ed integralmente dalla Società ai centri odontoiatrici convenzionati.

Qualora il numero complessivo delle prestazioni dovesse superare il numero sopra indicato, l'importo eccedente dovrà essere versato direttamente dall'Assicurato alla struttura convenzionata.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotti le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi all'installazione degli impianti.

1.11 SERVIZI DI CONSULENZA

La Società – per il tramite della Centrale operativa di Blue Assistance – garantisce i servizi di consulenza telefonica di seguito descritti, dal lunedì al venerdì in orario 8.00 – 18.00, telefonando ai seguenti numeri:

- Dall'Italia: 800 - 23.73.97
- Dall'Estero: 011 - 43.89.105

a) Informazioni sanitarie

Tramite una Voce Interattiva (IVR) l'Assicurato verrà guidato nell'utilizzo del servizio che consente all'Assicurato di richiedere mediante il portale web di Blue Assistance informazioni sanitarie in merito a:

- Strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- Indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche), esenzioni ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- Centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

Tramite una Voce Interattiva (IVR) l'Assicurato verrà guidato nell'utilizzo del servizio "Diretta da portale", tramite il quale l'Assicurato potrà procedere in autonomia con la prenotazione direttamente presso la struttura scelta e con il caricamento sul portale web della medesima richiesta.

c) Pareri medici immediati

Qualora, in conseguenza di *infortunio* o di *malattia*, l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico la Centrale operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

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

DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

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

2.1 PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITI DI ETÀ'

L'Assicurazione vale permanendo in vigore il rapporto di lavoro con l'Azienda Aderente al Fondo. In caso di risoluzione di detto rapporto, l'Assicurazione vale fino al compimento dell'anno assicurativo in corso.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di dette infermità e nessun *indennizzo* è dovuto da Reale Mutua.

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 dell'Azienda aderente a Previlavoro Italia, permanendo in servizio senza soluzione di continuità, la presente Assicurazione opera fino al compimento del 70° 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.

L'eventuale incasso del *premio* dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

2.2 ESCLUSIONI

L'Assicurazione non comprende le spese per:

- ◆ **infortuni o malattie determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;**
- ◆ **prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da infortunio indennizzabili), dietologiche e fitoterapiche;**
- ◆ **difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia salvo quanto previsto al punto 3.1.f Neonati;**
- ◆ **infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;**
- ◆ **prestazioni terapeutiche e/o chirurgiche finalizzate al cambiamento del sesso;**
- ◆ **sieropositività da virus H.I.V.;**
- ◆ **infortuni derivanti da stato di ubriachezza o sotto l'influenza di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico;**
- ◆ **infortuni occorsi durante la pratica di sport aerei in genere, la partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, nonché occorsi durante la pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;**
- ◆ **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;**
- ◆ **aborto volontario non terapeutico;**
- ◆ **cure odontoiatriche (e relativi accertamenti diagnostici), ortodontiche e delle parodontopatie, protesi dentarie, salvo quanto previsto ai punti 3.9 e 3.10;**
- ◆ **prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura che siano già in atto al momento della decorrenza della polizza o alla data di ingresso nella stessa;**
- ◆ **acquisto, noleggio, riparazione e manutenzione di apparecchi protesici o sanitari, salvo quanto previsto al punto 3.6;**
- ◆ **malattie professionali di cui al D.P.R. n° 336/94;**

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

- ◆ cure e terapie effettuate con utilizzo di cellule staminali, che non abbiano superato le fasi di sperimentazione clinica, salvo nei casi disposti dall'Autorità Giudiziaria;
- ◆ le terapie e cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- ◆ prestazioni e cure effettuate presso stabilimenti termali, strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, centri del benessere;
- ◆ gli interventi per sostituzione di protesi di qualunque tipo;
- ◆ test genetici e prenatali salvo quanto previsto al punto 3.7-Pacchetto maternità;
- ◆ 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 le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche);
 - **guerre ed insurrezioni;**
 - **movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in qualunque parte del mondo.**

2.3 CARENZE- TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia - nei confronti dei singoli *Assicurati* - decorre:

- ◆ per gli *infortuni* e per le *malattie* diverse da quelle indicate all'alinea successivo, dalle ore 24 del giorno di effetto dell'*Assicurazione* (o del successivo inserimento in garanzia);
- ◆ **per il parto e le patologie dipendenti da gravidanza o puerperio, dalle ore 24 del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione (o del successivo inserimento in garanzia).** Se il concepimento viene provato, da adeguata documentazione medica, essere successivo alla decorrenza dell'*Assicurazione*, la garanzia - con riferimento agli eventi citati - è prestata nei termini normalmente previsti (rischio compreso).

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

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

3.1 DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

L'utilizzo delle prestazioni assicurate può svolgersi con le seguenti modalità:

- A** con pagamento diretto da parte di *Blue Assistance* delle prestazioni previste:
- al punto 3.1 - fermi i limiti ivi espressamente indicati – e prenotate presso le *strutture sanitarie* e i medici entrambi convenzionati con *Blue Assistance* medesima per la presente *polizza*;
 - ai punti 3.2, 3.4, 3.5, 3.8, 3.9, 3.10 e prenotate presso gli *operatori sanitari* e i medici entrambi con *Blue Assistance* medesima per la presente *polizza*;
- B** mediante rimborso delle spese sostenute dall'*Assicurato* per le prestazioni previste:
- al punto 3.1 - **fermi i limiti ivi espressamente indicati** – e prenotate presso *strutture sanitarie* e/o medici non convenzionati con *Blue Assistance* medesima per la presente *polizza*;
 - al punto 3.5 e prenotate presso *operatori sanitari* e/o medici privati non convenzionati con *Blue Assistance* medesima per la presente *polizza*;
 - ai punti 3.6 e 3.7 - **fermi i limiti ivi espressamente indicati** - indipendentemente dalla tipologia di operatore sanitario prescelto (convenzionato o non convenzionato con *Blue Assistance*)
- C** mediante rimborso delle spese sostenute per ticket sanitari in caso di ricorso a strutture del Servizio Sanitario Nazionale per le prestazioni previste ai punti 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5.

La presentazione della denuncia 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.

Si precisa che in ogni caso la *Società* non potrà garantire l'erogazione delle prestazioni con *liquidazione in forma diretta* nei confronti dei singoli *Assicurati*, qualora il *Contraente* non abbia trasmesso alla *Società* i relativi dati anagrafici di ciascun *Assicurato*.

3.2 PROCEDURA PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI CON **BLUE ASSISTANCE** PER PRESTAZIONI PREVISTE AL PUNTO 5.1.A

L'*Assicurato* può verificare l'elenco delle *strutture sanitarie* e dei medici convenzionati con *Blue Assistance* per la presente *polizza*, mediante l'accesso alla propria Area personale riservata, all'indirizzo www.blueassistance.it

Al fine di garantire la miglior efficienza dei servizi e una costante copertura di tutto il territorio nazionale, *Blue Assistance* si riserva la facoltà, esercitabile nel corso della durata del presente accordo, di modificare il Network di convenzionamento nella misura, con le modalità e secondo le tempistiche che riterrà più opportune; *Blue Assistance* si impegna inoltre, in caso di esercizio di tale facoltà, a mantenere costantemente aggiornata l'informazione agli *Assicurati* sulle variazioni occorse.

Al fine di ottenere la prestazione *in forma diretta* è essenziale che l'*Assicurato* acceda alle *strutture sanitarie* convenzionate esclusivamente nei termini di seguito riportati, in mancanza dei quali il servizio non è operante.

Ricovero (3.1) e Prestazioni Extraricovero di cui ai punti 3.2, 3.4, 3.5 e 3.8

Per le prestazioni di cui ai punti 3.1, 3.2, 3.4, 3.5, 3.8 erogabili *in forma diretta* ai sensi del presente contratto, **l'*Assicurato* deve effettuare l'attivazione del pagamento diretto 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:

- la tipologia di prestazione richiesta
- la data della prestazione

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

- 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, verrà inviata 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.

Prestazioni Extraricovero di cui ai punti 3.9 e 3.10

Per le prestazioni di cui ai punti 3.9 e 3.10 l'Assicurato deve contattare direttamente il centro odontoiatrico convenzionato prescelto per la fruizione della prestazione, segnalando di essere assistito da Blue Assistance.

Al momento dell'accesso al centro odontoiatrico, l'Assicurato sottoscrive il "Piano di Cure", che costituisce la denuncia del sinistro.

Blue Assistance, entro 8 giorni dal ricevimento del "Piano di Cure" dal centro odontoiatrico, provvede alla valutazione dello stesso ed alla comunicazione alla struttura sanitaria delle prestazioni assicurate.

Al momento della conclusione del "Piano di Cure" l'Assicurato deve sostenere in proprio le spese di sua competenza.

Nell'ambito del massimale indicato in polizza, Blue Assistance S.p.A. paga direttamente le spese nel rispetto dei limiti temporali ed economici, provvede a raccogliere la relativa documentazione presso il centro odontoiatrico convenzionato e a restituire quella di spesa all'Assicurato, con allegata l'indicazione della liquidazione effettuata.

Al momento dell'accesso alla struttura sanitaria (istituto di cura, centro sanitario o centro odontoiatrico), 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 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** previste ai punti 3.1.a e 3.1.c **non sono pagate direttamente**, ma rimborsate al ricevimento della relativa documentazione di spesa, con indicazione del ricovero cui si riferiscono;
- ◆ **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;**
- ◆ l'Assicurato che si avvale delle prestazioni di Blue Assistance, delega Reale Mutua a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dal contratto;
- ◆ **qualora il sinistro risultasse non indennizzabile, l'Assicurato si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto da Reale Mutua.**

3.3 PROCEDURA IN CASO DI UTILIZZO DI OPERATORI SANITARI NON CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE PER LE PRESTAZIONI DI CUI AI PUNTI 5.1.B E 5.1.C

Fermo quanto stabilito dagli artt. 1910 (Assicurazione presso diversi Assicuratori) e 1915 (inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio) del Codice Civile, l'Assicurato deve - a

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

guarigione clinica avvenuta - inviare la denuncia a **Blue Assistance**, 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 e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla *Malattia e/o all'Infortunio* che hanno determinato il *Ricovero* o altra prestazione extraricovero indennizzabili a termini di *Polizza*;
- copia delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate, relative alle spese sostenute correlate dalla prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

L'invio della suddetta documentazione dovrà avvenire – entro 45 giorni dalla data di dimissione in caso di *ricovero* o dalla data di emissione della fattura o ricevuta per le altre prestazioni indennizzabili – per via telematica. 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.

N.B.: Login e password vengono rilasciati in fase di registrazione al primo accesso sul sito di Blue Assistance.

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

Non sono ammesse ad indennizzo richieste di rimborso trasmesse oltre il termine di 45 dalla data di dimissione in caso di *ricovero* o dalla data di emissione della fattura o ricevuta per le altre prestazioni indennizzabili, nonché le richieste trasmesse con modalità differenti da quella telematica nei termini sopra descritti.

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

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

La diagnosi della patologia deve essere sempre fornita, pena la decadenza del diritto all'indennizzo, in relazione alle Prestazioni Extraricovero di cui ai punti da 3.2 a 3.7.

Ricevuta la documentazione Blue Assistance provvede al rimborso delle spese indennizzabili a termini di polizza.

3.4 RICOVERO A TOTALE CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per il pagamento della indennità sostitutiva del rimborso prevista al punto 3.1.g occorre fornire a Blue Assistance la *cartella clinica completa del ricovero*.

3.5 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve inoltre:

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

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

3.6 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGALE E ARBITRATO IRRITUALE

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

- A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle *Parti*, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le *Parti*;
- B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. I due primi componenti del Collegio saranno designati dall'Assicurato e da Reale Mutua e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.
Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle *parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le *parti* anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

3.7 DATA DEL SINISTRO

Per "data in cui si è verificato il *sinistro*" si intende il giorno in cui si è verificato il *ricovero* indennizzabile a termini di *polizza*; per le prestazioni extraricovero si intende la data della prima prestazione sanitaria erogata.

Reale Mutua effettua, **nei limiti del *massimale annuo***, il rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità *Assicurative* diverse da quella del *sinistro*, e comunque non oltre 3 mesi dalla scadenza del contratto.

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

APPENDICE 1 – INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA**CHIRURGIA GENERALE**

- Ernia Femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- sportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi su grandi vasi toracici per via toracotomia
- Interventi sul cuore per via toracotomia
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Interventi sulla bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per cisti, psudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addominoperineale
- Interventi per neoplasie pancreatiche
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi su esofago, stomaco e duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia

GINECOLOGIA

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

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- Isterectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Intervento di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costola cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di *infortunio*

TRAPIANTI DI ORGANO

- Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche.

APPENDICE 2**RIDUZIONE MASSIMALI / LIMITI
PRESTAZIONI****PREVILAVORO ITALIA****Piano Sanitario**

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

APPENDICE 2 – RIDUZIONE MASSIMALI / LIMITI DI RIPETIBILITA' DELLE PRESTAZIONI

Nella seguente tabella sono indicati i massimali e i limiti di ripetibilità delle prestazioni per il primo periodo di copertura (01/12/2019 – 31/12/2019), nonché per i singoli Assicurati che entrino in copertura nel corso delle successive annualità assicurative. Per gli Assicurati che entrano in copertura nel corso del primo trimestre di ciascun anno assicurativo successivo al primo periodo assicurativo (01/12/2019 – 31/12/2019) si conferma l'operatività dei massimali e limiti temporali di ripetizione annui.

	MASSIMALI / LIMITI PRESTAZIONI			
	Primo periodo	Annualità assicurative successive al primo periodo di copertura		
Prestazioni Extraricovero	Ingresso 01/12/2019-31/12/2019	Ingresso 01/04 – 30/06	Ingresso 01/07-30/09	Ingresso 01/10-31/12
3.2 – Diagnostica e terapie di alta specializzazione	Max € 415	Max € 3.500	Max € 2.500	Max € 1.250
3.3 – Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e pronto soccorso	Max € 45	Max € 350	Max € 250	Max € 125
3.4 – Visite specialistiche	Max € 60	Max € 490	Max € 350	Max € 175
3.5 – Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio	Max € 45	Max € 350	Max € 250	Max € 125
3.6 – Protesi ortopediche e acustiche	Max € 80	Max € 700	Max € 500	Max € 250
3.7 – Pacchetto maternità	Max. € 45 In gravidanza: - n. ecografie: 1 - n. sedute psicoterapiche: 1	Max. € 350 In gravidanza: - n. ecografie: 2 - n. sedute psicoterapiche: 10	Max € 250 In gravidanza: - n. ecografie: 1 - n. sedute psicoterapiche: 7	Max € 125 In gravidanza: - n. ecografie: 1 - n. sedute psicoterapiche: 4
3.9 – Pacchetto prevenzione odontoiatrica	No seconda seduta	No seconda seduta	No seconda seduta	No seconda seduta
3.10.A – Prestazioni di implantologia	Max € 150,00 Sottomassimali: 3.10.A.I € 85 3.10.A.II € 85 3.10.A.III € 45	Max € 1.250 Sottomassimali: 3.10.A.I € 700 3.10.A.II € 700 3.10.A.III € 350	Max € 900 Sottomassimali: 3.10.A.I € 500 3.10.A.II € 500 3.10.A.III € 250	Max € 450 Sottomassimali: 3.10.A.I € 250 3.10.A.II € 250 3.10.A.III € 125
3.10.B - AVULSIONE	n. avulsioni: 1	n. avulsioni: 3	n. avulsioni: 2	n. avulsioni: 1