

Assicurazione Collettiva

***POLIZZA RIMBORSO SPESE
MEDICHE FASNI***

Cliente: FONDO FASNI

Direzione Vita e Welfare

Sviluppo e Gestione Welfare Corporate

Consulenza Small e Medium Business

GLOSSARIO.....	4
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE.....	9
1. OBBLIGHI DEL <i>CONTRAENTE/ASSICURATO</i>	9
2. DURATA DELLA COPERTURA.....	9
3. DISDETTA E RECESSO	9
4. INFORMAZIONI SUL <i>PREMIO</i>	10
5. CHI ASSICURIAMO	11
6. ALTRE INFORMAZIONI	11
SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE.....	14
7. CHE COSA POSSO ASSICURARE.....	14
8. CHE COSA NON E' ASSICURATO.....	17
9. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	19
SEZIONE ASSISTENZA.....	23
15. CHE COSA POSSO ASSICURARE.....	23
16. CHE COSA NON È ASSICURATO	25
17. CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	26
SEZIONE LONG TERM CARE.....	28
18. CHE COSA POSSO ASSICURARE.....	28
19. CHE COSA NON È ASSICURATO	28
20. CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	30
APPENDICE 1 – ELENCO DELLE <i>GRAVI PATOLOGIE</i>	32
OPZIONI DI COPERTURA	Errore. Il segnalibro non è definito.





GLOSSARIO

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

ASSICURATO

La persona protetta 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 della *Società*:

- alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con le *strutture sanitarie* e con i medici chirurgi;
- alla liquidazione dei sinistri della Sezione Rimborso Spese Mediche, della Sezione Rimborso Spese Odontoiatriche e della Sezione Assistenza;
- 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.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula il contratto con la *Società*.

DATORE DI LAVORO

L'impresa o ente i cui *dipendenti* sono assicurati.

DAY HOSPITAL

Degenza esclusivamente diurna in *struttura sanitaria* (pubblica o privata) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera e documentata da *cartella clinica*.

DAY SURGERY

Degenza esclusivamente diurna, in *struttura sanitaria* (pubblica o privata) regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico.

DIFFERIMENTO

L'intervallo di tempo che intercorre tra la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza e la data in cui matura il diritto a percepire la prestazione assicurata nella Sezione Long Term Care.

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.

Ai sensi della presente polizza s'intendono assimilati a lavoratori dipendenti anche i soci, i titolari e gli amministratori a condizione che la copertura sanitaria sia estesa a tutte le persone facenti parte dell'Impresa/Ente.

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*.

GRAVI PATOLOGIE

Le alterazioni dello stato di salute elencate nell'Appendice 1.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

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

INDENNIZZO/RIMBORSO

La somma dovuta dalla *Società* 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.

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 di *scoperti/franchigie* indicati nell'*Opzione di Copertura*, 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) non convenzionati con *Blue Assistance*.

LIQUIDAZIONE IN FORMA DIRETTA

La *Società* 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 dell'*Assicurato* indennizzabili a termini di *polizza*, al netto di *scoperti/franchigie* indicati nell'*Opzione di Copertura*, 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

La *Società* 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 nella Scheda di Opzione, 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 nell'*Opzione di Copertura*, 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* e medici chirurghi (anche in regime di intramoenia) non convenzionati per il presente prodotto.

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, seppure improvvisa, di un precedente morbo; a titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono *malattie improvvise*:

- appendicite 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, la *Società* 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*.

NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA (Sezione Assistenza)

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

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

NON AUTOSUFFICIENZA TOTALE E PERMANENTE (Sezione Long Term Care)

È considerata non autosufficiente la persona che:

- ◆ si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:
 - lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;
 - nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
 - muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
 - vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.
- ◆ è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, e giustifica l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

OPZIONE DI COPERTURA

Insieme di garanzie e di prestazioni acquistabili dal *Contraente* e operanti fino alla concorrenza di *massimali/sottomassimali* e limiti di *indennizzo* precostituiti.

L'*Opzione di Copertura* acquistata dal *Contraente* costituisce parte integrante del contratto e definisce, per tutti gli *Assicurati* di ciascuna *polizza*, l'insieme delle prestazioni effettivamente operanti.

PARTI

Il *Contraente* e la *Società*.

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

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

PREMIO

La somma dovuta dal *Contraente* alla *Società*.

PRONTO SOCCORSO

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

RESIDENZA

Luogo in Italia, in cui l'*Assicurato* ha stabilito la dimora abituale.

RICOVERO

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

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

Reale Mutua Assicurazioni

SOTTOMASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale la *Società* 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 SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

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

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le *strutture sanitarie* possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'Assicurato ottenga conferma, per il tramite di *Blue Assistance*, dell'effettiva esistenza dell'accordo.

TERMINI DI CARENZA

Il periodo di tempo che intercorre fra la decorrenza della *polizza* (o il successivo ingresso in copertura) e l'inizio della garanzia.

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.

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.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

1. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

1.1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione** ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

1.2. ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipula della *polizza*.

2. DURATA DELLA COPERTURA

Fermi i *termini di carenza* previsti dal presente contratto, l'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel *Modulo di Polizza* alla voce "Decorrenza contratto" e termina alla data indicata alla voce "Scadenza contratto" se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

L'effetto della copertura per il singolo assicurato avviene entro 60 giorni dalla data di ingresso in copertura per tutte le patologie e per gli infortuni.

In mancanza di disdetta data da una delle *Parti* con lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* è prorogata per un anno e così di seguito a condizione che il relativo *premio* venga pagato entro 60 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo; decorso tale termine l'*assicurazione* 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.

3. DISDETTA E RECESSO

3.1. DISDETTA

La polizza ha durata annuale con tacito rinnovo.

Ciascuna delle *Parti* può disdire la *polizza* mediante comunicazione con lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza.

3.2. RECESSO

Nel caso in cui la **Società** apporti modifiche alle garanzie e/o ai premi della presente **polizza** a seguito di significative modifiche della vigente legislazione nazionale e regionale in materia di Servizio Sanitario Nazionale, al fine di adeguare la **polizza** al nuovo contesto sanitario, è data facoltà al **Contraente** di recedere dal contratto entro 30 giorni dall'invio della comunicazione delle nuove condizioni normative ed economiche da parte della Società.

4. INFORMAZIONI SUL PREMIO

Il **premio** annuale per ciascun **Dipendente** è indicato nell'**Opzione di Copertura** prescelta.

4.1. REGOLAZIONE DEL PREMIO (trimestrale)

Il **premio** di **polizza** alla data effetto della stessa è determinato come da accordi con Reale Mutua Assicurazione e costituisce premio minimo comunque acquisito.. Ogni fine mese il **Contraente** comunicherà le anagrafiche degli **Assicurati** da inserire in copertura e i nominativi degli **Assicurati** da escludere.

Entro 15 giorni dal termine di ciascun trimestre, il Contraente dovrà fornire alla Società i dati necessari alla determinazione consuntiva del **premio**, eventualmente non ancora comunicati.

La **Società**, in base alle comunicazioni del **Contraente**, provvederà all'emissione dell'appendice di regolazione, computando a debito del **Contraente** il premio per ogni periodo calcolato in pro rata temporis.

Non è mai prevista la restituzione del premio per uscite di Assicurati nel corso della mensilità.

L'eventuale differenza attiva risultante dalla regolazione deve essere pagata nei 30 giorni successivi alla emissione della relativa appendice.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società fissa un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, il premio anticipato in via provvisoria per la rata o le rate successive al periodo considerato per la regolazione viene computato in conto e a garanzia del premio relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e 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.

Per i contratti scaduti, 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.

La Società ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti.

Qualora, per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente, il premio di regolazione risultasse calcolato su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare alla Società la differenza dovuta.

Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, la Società è 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.

4.2 ADEGUAMENTO DEL PREMIO

Non è previsto adeguamento del premio.

5. CHI ASSICURIAMO

5.1. PERSONE ASSICURATE

La presente *polizza* opera a favore della totalità dei soggetti appartenenti alle categorie indicate sul *Modulo di Polizza*.

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 a fini liquidativi e fornito dalla *Società*.

Per gli inserimenti di nuovi *Dipendenti* nel corso del periodo assicurativo:

- la copertura decorrerà (fatti salvi i *termini di carenza* eventualmente previsti) dal primo giorno del mese successivo alla data in cui ha effetto il rapporto di lavoro (es. assunzione o inizio della collaborazione), che il *Contraente* si impegna a comunicare alla *Società*;
- il *premio* verrà regolato nei termini indicati all'art. 4.1.

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 venga risolto nel corso di ciascun periodo assicurativo.

Qualora, nel corso di ciascun periodo assicurativo, un *Dipendente* già in copertura, acquisisca una qualifica professionale per la quale è prevista l'operatività di una differente *Opzione di Copertura*, è data facoltà al *Contraente* di mantenere l'*Opzione* in corso fino al compimento del periodo assicurativo o, in alternativa, scegliere di attivare la diversa *Opzione di Copertura*, pagando per intero il relativo *premio* a fronte di nuovi *massimali*.

6. ALTRE INFORMAZIONI

6.1. PROVA DEL CONTRATTO E VALIDITA' 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.

6.2. PERIODO ASSICURATIVO

Ciascun periodo assicurativo, di regola, è stabilito nella durata di un anno.

6.3. OBBLIGHI INFORMATIVI 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.

6.4. CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

Per tutte le Sezioni, ad eccezione della Sezione Assistenza, in caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi*, si potrà procedere, su accordo tra l'*Assicurato* e la *Società*, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

- A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle *Parti*, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le *Parti*;**
- B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione prevista dal precedente alinea, oppure in alternativa ad essa. I due primi componenti del Collegio sono designati dall'*Assicurato* e dalla *Società* 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, il 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.**
- C. E' possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.**

6.5. 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*.

6.6. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non regolato dalla presente *polizza*, valgono le norme di legge.



SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

7. CHE COSA POSSO ASSICURARE

La Società presta le garanzie e le prestazioni sotto riportate solo se presenti nell'*Opzione di Copertura* prescelta, con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti Condizioni di Assicurazione e dalle allegate *Opzioni di Copertura*.

7.1.1 AREA RICOVERO

L'area *ricovero* si compone esclusivamente della garanzia *ricovero* o *intervento chirurgico* resi necessari da *gravi patologie*.

Per questa garanzia le prestazioni sono operanti nei termini previsti dall'*Opzione di Copertura* prescelta, la Società paga - **fino alla concorrenza del *massimale e sottomassimali* riportati nell'*Opzione di Copertura* per periodo assicurativo e per persona previa applicazione degli scoperti/franchigie e limiti temporali eventualmente ivi indicati** - le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni elencate nei paragrafi successivi.

7.1.2 CASI PARTICOLARI

SUSSIDIO GIORNALIERO PER ASSISTENZA DURANTE IL RICOVERO (DIARIA DA RICOVERO)

La Società corrisponde una diaria **dell'importo e con i limiti temporali previsti dall'*Opzione di Copertura* prescelta** per ciascun pernottamento in *struttura sanitaria* senza applicazione di *scoperti/franchigie*.

In caso di *day hospital/day surgery* la diaria viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna. In caso di *ricovero* riabilitativo conseguente ad *intervento chirurgico* di protesizzazione ortopedica o ad *intervento chirurgico* di natura cardiocirurgica, la diaria viene corrisposta per un massimo di **15 giorni per ricovero**.

In caso di *intervento chirurgico* ambulatoriale non viene corrisposta alcuna indennità.

7.2. AREA EXTRARICOVERO

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, la Società assicura le prestazioni sotto riportate, non rientranti in altre garanzie, rese necessarie dall'*infortunio* o dalla *malattia* denunciati, **solo se presenti nell'*Opzione di Copertura* prescelta, con le modalità, i termini ed i limiti previsti dalle presenti Condizioni di Assicurazione e dalle allegate *Opzioni di Copertura*.**

A. DIAGNOSTICA E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

In assenza di *ricovero* o di *intervento chirurgico*, la Società paga le spese sostenute per gli accertamenti diagnostici e le terapie indicati nel seguente elenco, non rientranti in altre garanzie.

Accertamenti diagnostici:

- Angiografia
 - carotidea o vertebrale;
 - flebografia;
 - linfografia;
 - midollare;
 - panangiografia.
- Accertamenti neurologici
 - Elettroencefalogramma.
- Accertamenti cardiologici
 - ECG Holter;
 - ecocardiogramma o ecocardi Doppler o ecocardiocolordoppler.
- RMN (risonanza magnetica nucleare)
 - addome;
 - angio o wirsung rmn;
 - arti o articolazioni;
 - cervello o flussi liquorali;
 - mammella;
 - muscoloscheletrica;
 - rachide o midollo;
 - torace;
 - total body.
- Scintigrafia
 - angiocardioscintigrafia o angiografia cardiaca;
 - angioscintigrafia o flebosintigrafia;
 - cerebrale;
 - cisternoscintigrafia o cistosintigrafia;
 - globale corporea;
 - immunoscintigrafia;
 - linfo-scintigrafia;
 - mammaria;
 - miocardio;
 - PET;
 - polmonare;
 - renale o surrenale o epatobiliare o epatosplenica o splenica o epatica;
 - spect;
 - tiroidea.
- TAC (Tomografia assiale computerizzata)
 - angio T.C.;
 - artrotac;
 - broncoscopia;
 - colonna;
 - colonscopia;
 - mielo T.C.;
 - O.C.T.;
 - PET;
 - stratigrafia;
 - torace o addome;
 - total body.

- Accertamenti radiologici (RX)
 - Urografia.

Terapie:

- Dialisi (massimo 15 applicazioni per periodo assicurativo e per *Assicurato*).

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* indicato nell'*Opzione di Copertura* prescelta, per ciascun periodo assicurativo e per *Assicurato*, previa applicazione - per ciascun *sinistro* - degli *scoperti/franchigie* disciplinati nella relativa *Opzione di Copertura*.

Nei confronti degli *Assicurati* che siano entrati in copertura nel corso del secondo semestre dell'annualità assicurativa, le applicazioni di dialisi comprese in garanzia si intendono ridotte a 8. Qualora il primo periodo assicurativo (rateo) sia stabilito di durata inferiore o pari a sei mesi, per tale periodo la suddetta limitazione si intende operante nei confronti di tutti gli *Assicurati*.

Qualora il primo periodo assicurativo (rateo) sia stabilito di durata superiore a sei mesi e inferiore all'anno, **per tale periodo la suddetta limitazione si intende operante nei confronti degli *Assicurati* che siano entrati in copertura nell'arco degli ultimi 180 giorni del periodo assicurativo medesimo.**

E. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di *malattie* oncologiche la *Società* rimborsa le spese relative a chemioterapia, cobaltoterapia, terapie radianti e farmacologiche (se non effettuate in regime di *ricovero*), **fino alla concorrenza e nell'ambito del *massimale* previsto dall'*Opzione di Copertura* prescelta per ciascun periodo assicurativo e per *Assicurato*, previa applicazione degli *scoperti/franchigie* ivi disciplinati, che rimangono a carico dell'*Assicurato*.**

Per *malattie* oncologiche di cui alla presente estensione di garanzia si intendono:

- neoplasie maligne a carattere invasivo comprovate da referto istopatologico;
- i tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale;
- la leucemia, i linfomi, il linfoma di Hodgkin.

F. TICKETS

Per le prestazioni extraricovero descritte negli articoli precedenti - **esclusivamente se previste dall'*Opzione di Copertura* prescelta** - la *Società*, qualora siano effettuate presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale, rimborsa integralmente i costi dei tickets a carico dell'*Assicurato* - **nell'ambito dei singoli *massimali* previsti per ciascuna garanzia nell'*Opzione di Copertura* prescelta - purché di importo complessivo non inferiore a € 25; tale importo può essere raggiunto anche cumulando nel corso del periodo assicurativo più tickets relativi al medesimo *Assicurato*.**

8. CHE COSA NON E' ASSICURATO

8.1 ESCLUSIONI

Premesso che non è richiesta la compilazione dei questionari anamnestici da parte degli **Assicurati**, l'**assicurazione** vale permanendo in vigore la qualifica di **Dipendente** e cessa con la risoluzione del rapporto di lavoro:

- per i **Dipendenti** che risolvono il rapporto per qualsiasi causa (e per i relativi nuclei familiari, se assicurati) la garanzia cessa **con effetto immediato**.

Il **premio** mensile 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.

L'**assicurazione** di cui alla presente Sezione Rimborsio Spese Mediche non comprende le spese per:

a. conseguenze di:

- **infortuni già avvenuti**;
- **malattie** diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'assicurazione (o dell'effettivo inserimento di ogni singolo assicurato);

b. infortuni, malattie e disturbi in atto alla decorrenza della polizza e noti all'assicurato;

c. la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;

d. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da **infortunio** indennizzabili), dimagranti e fitoterapiche;

e. i **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);

f. l'infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;

g. le prestazioni terapeutiche e/o chirurgiche finalizzate al cambiamento del sesso;

h. la sieropositività da virus H.I.V.;

i. gli infortuni derivanti da stato di ubriachezza o sotto l'influenza di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti non a scopo terapeutico;

j. i ricoveri resi necessari unicamente dallo stato di non autosufficienza dell'**Assicurato** e/o lungodegenze;

k. gli infortuni occorsi durante la pratica di sport aerei in genere, la partecipazione a gare motoristiche – non di regolarità pura - e alle relative prove, nonché dalla pratica di automobilismo e motociclismo durante liberi accessi a circuiti;

- l. le **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;
- m. il parto in genere, le malattie della gravidanza e del puerperio, l'aborto;
- n. le cure dentarie (e relativi accertamenti diagnostici), ortodontiche e delle parodontopatie, protesi dentarie, salvo quanto disciplinato nella Sezione Rimborso Spese Odontoiatriche;
- o. l'acquisto, noleggio, riparazioni e manutenzione di apparecchi protesici o sanitari (salvo quanto previsto al punto 7.2.H);
- p. le **malattie** professionali di cui al D.P.R. n. 336/94 e successive modifiche e integrazioni;
- q. le 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;
- r. le terapie e le cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- s. le conseguenze di:
 - atti dolosi compiuti o tentati dall'**Assicurato**;
 - partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane 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.

8.2 CARENZE E LIMITI DI COPERTURA

La garanzia di cui alla presente Sezione Rimborso Spese Mediche – nei confronti dei singoli **Assicurati** – decorre:

- Entro 60 giorni dalla data di inserimento in copertura per tutte le patologie e per tutti gli infortuni.

In caso di *ricovero*, *intervento chirurgico* o altre prestazioni sanitarie previste in *polizza* verificatisi nel periodo di tempo suindicati, i limiti di operatività della garanzia di cui al presente punto si intendono operanti anche per prestazioni ad esse connesse ed effettuate oltre i suddetti periodi.

Cure e terapie sperimentali riconosciute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità

Qualora l'**Assicurato** sostenga all'**Estero** spese per terapie e cure sperimentali riconosciute dai protocolli dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la **Società** rimborsa la componente di spesa indennizzabile - previa applicazione per ciascuna prestazione delle **scoperti/franchigie** indicati nell'**Opzione di Copertura** prescelta - nel limite dei singoli **massimali** previsti per ciascuna prestazione dall'**Opzione di Copertura** prescelta



9. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

I criteri ivi descritti sono validi soltanto per le garanzie scelte dall'Assicurato e indicate nel *Modulo di Polizza*.

Blue Assistance

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

DALL'ITALIA

Numero Verde

800894111

DALL'ESTERO

+39 011 741 74 99

9.1 DATA DEL SINISTRO

Per “data in cui si è verificato il *sinistro*” si intende:

- per il *ricovero*: 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 dall'Opzione di Copertura prescelta**, 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 analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico della Società.

9.2 NORME DEL SERVIZIO BLUE ASSISTANCE

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

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

9.3 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

- **sottoporsi, anche in fase di ricovero, ad eventuali accertamenti e controlli medici** disposti dalla *Società* o da suoi incaricati, **fornendo ogni informazione** che la stessa ritenga necessaria;
- produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo 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 e curato.

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

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

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

Qualora il **sinistro** risultasse non indennizzabile, l'**Assicurato** si impegna a restituire gli importi eventualmente pagati direttamente per suo conto dalla **Società**.

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

9.4 PROCEDURA IN CASO DI SINISTRO

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 tickets 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 di uscita dalla copertura del singolo **Assicurato**.

A. UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CONVENZIONATI CON BLUE ASSISTANCE

PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DEL PAGAMENTO DIRETTO DA PORTALE WEB

L'**Assicurato**, qualora disponga di un accesso ad Internet, può effettuare l'attivazione del pagamento diretto delle prestazioni dell'area *extraricovero* – 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 e 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'accettazione presso la *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 nella garanzia**).

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

Resta convenuto che:

- 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*.

B. UTILIZZO DI MEDICI NON CONVENZIONATI PRESSO STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Qualora l'Assicurato utilizzi medici non convenzionati presso una *struttura sanitaria convenzionata*, *Blue Assistance* paga direttamente la *struttura sanitaria* (fermo quanto previsto per la stessa all'art. 10.4.A), mentre l'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese relative all'equipe medico-chirurgica che verranno rimborsate secondo le regole disciplinate nell'art. 10.4.C e previa applicazione degli scoperti/franchigie previsti dalle *Opzioni di Copertura*.

D. UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI NON CONVENZIONATI

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* o, in alternativa, utilizzando la modalità “Upload” dettagliata nell'art. 10.4.D, allegando insieme la documentazione medica e delle spese.

In particolare, l'Assicurato deve fornire a *Blue Assistance*:

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

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 medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

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

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.

Qualora la presente polizza sia stata attivata dal Contraente in forma a primo rischio e l'Assicurato ottenga, per il tramite di altra copertura assicurativa, il rimborso delle spese sostenute, la Società

garantisce il *rimborso* dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico, **purché indennizzabile a termini di polizza, nell'ambito del massimale e previa applicazione degli scoperti/franchigie - da applicarsi all'eccedenza di spesa per la quale è richiesto il rimborso - previsti dall'Opzione di Copertura prescelta.** A tal fine l'**Assicurato** deve inoltrare a **Blue Assistance** la denuncia corredata dalla documentazione medica e di spesa con evidenza degli importi già erogati da altro Ente in favore dell'**Assicurato**.

E. 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 le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi di 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.

F. UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In caso di intervento del SSN o di altro Ente assicuratore gli originali possono essere sostituiti da copie con documentazione di quanto erogato dagli enti predetti.

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

9.5 PROCEDURA DI LIQUIDAZIONE PER LE SINGOLE GARANZIE

AREA RICOVERO

Tipologia di garanzia	Tipologia di liquidazione
<i>Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia</i>	Diaria da ricovero

AREA EXTRARICOVERO

Tipologia di spesa	Tipologia di liquidazione
Spese relative a diagnostica e terapie di alta specializzazione	In <i>forma diretta</i> , in caso di utilizzo di <i>strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con Blue Assistance</i> ; In <i>forma a rimborso</i> , in caso di utilizzo di <i>strutture sanitarie e medici non convenzionati con Blue Assistance</i> .
Spese per cure oncologiche	
Tickets	In <i>forma a rimborso</i>

Per i dettagli si rimanda al paragrafo 9.4 – PROCEDURA IN CASO DI SINISTRO.

SEZIONE ASSISTENZA

La **Società** eroga la prestazione di assistenza nel caso si renda necessaria a causa degli eventi di seguito indicati.

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

♦ telefono, ai numeri:

DALL'ITALIA

800894111

DALL'ESTERO

+39 011 741 74 99

♦ posta elettronica, all'indirizzo: assistenza@blueassistance.it

L'**Assicurato** dovrà comunicare:

- le proprie generalità;
- il numero di *polizza*;
- il tipo di assistenza richiesta;
- il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

10. CHE COSA POSSO ASSICURARE

✓ 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.

✓ INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

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

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.

✓ INVIO DI UN MEDICO SPECIALISTA

Qualora l'**Assicurato**, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria*, oppure in caso di non autosufficienza, necessiti, **come certificato da prescrizione medica**, della visita di uno specialista presso la propria *residenza*, la **Centrale Operativa**, provvede a reperire e ad inviare un medico specialista.

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

✓ PRENOTAZIONE DI VISITE ED ESAMI

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

La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.

Resta a carico dell'Assicurato il costo delle visite mediche e/o degli esami.

✓ **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.

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.

✓ **CONSEGNA SPESA AL 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 di 30 giorni successivi 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 - fino a due volte la settimana, previo accordo con l'Assicurato.

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

✓ **PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI**

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza*, **per gravi motivi di salute certificati dal medico curante**, e sia richiesta l'effettuazione di prelievi necessari per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno dei conviventi possa fornirgli un aiuto concreto, la *Centrale Operativa*, **compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie**, provvede a

organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la *residenza* dell'Assicurato, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

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

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

✓ 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**.

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.**

✓ INVIO DI UN INFERMIERE

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 € 500 per sinistro.**

✓ INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

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 € 500 per sinistro.**

11. CHE COSA NON È ASSICURATO

11.1 ESCLUSIONI

L'assicurazione vale permanendo in vigore la qualifica di Dipendente e cessa con la risoluzione del rapporto di lavoro:

- per i *Dipendenti* che risolvono il rapporto per quiescenza (e per i relativi nuclei familiari, se assicurati) l'*assicurazione* vale **fino al compimento del periodo assicurativo in corso**;
- in caso di decesso del *Dipendente*, l'*assicurazione* vale **fino al compimento del periodo assicurativo in corso**;
- per i *Dipendenti* che risolvono il rapporto per altre cause (e per i relativi nuclei familiari, se assicurati) la garanzia cessa **con effetto immediato**.

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 dell'Azienda, 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.

La Società non presta le garanzie qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta di:

- guerre, insurrezioni, occupazioni militari;
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni e altri sconvolgimenti della natura;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- *infortuni* derivanti dalla pratica di:
 - sport aerei in genere;
 - partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli a motore.

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

12. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

12.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

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

- A. fornire ogni informazione richiesta;
- B. sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;
- C. produrre, se richiesta dalla *Centrale Operativa*, copia della *cartella clinica* completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;

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

12.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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

12.3 RESTITUZIONE DI BIGLIETTI DI VIAGGIO

La **Società** ha diritto di richiedere all'**Assicurato** o chi per esso l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato, nel caso in cui la **Centrale Operativa** abbia provveduto al suo rientro.



SEZIONE LONG TERM CARE

La garanzia di cui alla presente Sezione si intende prestata unicamente al *Dipendente*.

13. CHE COSA POSSO ASSICURARE

La *Società* garantisce gli *Assicurati* contro il rischio della perdita di autosufficienza.

È considerata non autosufficiente la persona che:

- **si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:**
 - lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;
 - nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
 - muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
 - vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti;
- è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, e giustifica l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

13.1 GARANZIE ASSICURATE

Dal momento in cui l'*Assicurato* venisse a trovarsi nello stato di non autosufficienza, la *Società* erogherà, mediante una *polizza* Vita non rivalutata, una rendita in rate mensili dell'importo previsto dall'opzione prescelta per un periodo di 3 anni.

La rendita è corrisposta al termine del *differimento* di 90 giorni, a condizione che l'*Assicurato* permanga in vita e perduri lo stato di non autosufficienza; diversamente vale quanto indicato all'art. 15.2.

14. CHE COSA NON È ASSICURATO

14.1 ESCLUSIONI

L'*assicurazione* vale permanendo in vigore la qualifica di *Dipendente* e cessa con la risoluzione di detto rapporto:

- per i *Dipendenti* che risolvono il rapporto per quiescenza l'*assicurazione* vale **fino al compimento del periodo assicurativo in corso**;
- per i *Dipendenti* che risolvono il rapporto per altre cause la garanzia cessa **con effetto immediato**.

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*;

- che al momento della sottoscrizione del contratto non siano autosufficienti;
- 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, **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.

L'eventuale incasso del *premio*, dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste, non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà quindi restituito dalla *Società*.

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

9. conseguenze di:

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

9. atti dolosi compiuti o tentati dell'*Assicurato*;

9. atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;

9. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati), e accelerazioni di particelle atomiche;

9. guerre ed insurrezioni;

9. abuso di alcolici, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;

9. incidente di volo, se l'*Assicurato* viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;

9. patologie psichiatriche, sindromi nevrotiche e caratteriali.

14.2 CARENZE

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza che si verificano dopo i periodi sotto indicati:

- a. dal giorno di effetto dell'*assicurazione* (o del successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente ad *infortunio*;
- b. dopo 3 anni dall'effetto dell'*assicurazione* (o del successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente all'insorgenza della *malattia* di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica;
- c. dopo 90 giorni dall'effetto dell'*assicurazione* (o dal successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da quelle specificate nei precedenti punti a) e b).

I casi di non autosufficienza verificatisi durante i periodi sopra indicati, liberano la *Società* dagli obblighi contrattuali e causano la rescissione del contratto nei confronti del singolo *Assicurato* con rimborso dei premi.

Qualora la *polizza* sia emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *polizza* in essere con la *Società*, per gli stessi *Assicurati* i termini di cui sopra operano per le maggiori somme assicurate dalla presente *polizza*.

15. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

15.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

A. L'Assicurato o chi per esso deve:

- dare avviso scritto all'Intermediario alla quale è assegnata la *polizza*, oppure alla Sede della *Società*, nel più breve tempo possibile;
- produrre tutta la documentazione medica in suo possesso, sciogliendo 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;
- sottoporsi anche in fase di *ricovero*, ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla *Società* o da suoi incaricati;
- fornire alla stessa ogni informazione;
- fornire delega scritta alla *Società* al fine di poter verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato;
- fornire certificato del medico curante o medico ospedaliero che documenti lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, precisando la data di inizio e la causa che lo ha determinato;
- in caso di perdita delle capacità cognitive, fornire gli esiti di un accertamento diagnostico preciso comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive come il test M.M.S. di Folstein.

Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste dalla *Società* sono a carico dell'Assicurato.

B. La *Società*, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvede a formalizzare il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Entro tale periodo la *Società* si riserva il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico.

15.2 CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA RENDITA – RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Il riconoscimento da parte della *Società* dello stato di non autosufficienza dà diritto all'Assicurato a percepire la rendita assicurata per il periodo di 3 anni, come precedentemente indicato, o comunque fino a quando perdura lo stato di non autosufficienza.

Il pagamento della rendita inizia al termine del differimento di 90 giorni a partire dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

La *Società* si riserva la facoltà di procedere in ogni momento ad un controllo dello stato di salute dell'Assicurato e di farlo esaminare da un medico. Può inoltre richiedere tutti i documenti che sono considerati necessari a comprovare il suo effettivo stato di salute.

In caso di rifiuto dell'Assicurato a sottoporsi ai controlli necessari o di fornire la documentazione richiesta, il pagamento della rendita sarà sospeso.

Qualora durante il periodo di erogazione della rendita vengano meno i requisiti di non autosufficienza, **l'Assicurato è tenuto a darne comunicazione alla Società entro 30 giorni; l'erogazione della rendita viene sospesa dal momento in cui è stata recuperata l'autosufficienza, per riprendere il giorno in cui la non autosufficienza viene nuovamente riconosciuta.**

Qualora durante il periodo di erogazione della rendita si verifichi il decesso dell'Assicurato, **gli eredi sono tenuti a darne comunicazione alla Società entro 30 giorni; l'erogazione della rendita viene interrotta dal momento mese in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato.**

Le eventuali rate di rendita corrisposte oltre i suddetti termini saranno restituite alla Società.



APPENDICE 1 – ELENCO DELLE *GRAVI PATOLOGIE*

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Malattia oncologica maligna o cancro	Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Sono tuttavia escluse la leucemia linfatica cronica, e i tumori cutanei basocellulari (basaliomi) e il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ). La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da specifica e circostanziata certificazione ospedaliera.
Coronaropatia con necessità di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche	<i>Malattia</i> che determina <i>intervento chirurgico</i> al cuore per correggere il restringimento o il blocco di una o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di angina pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o esami diagnostici similari.
Infarto del miocardio	Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri: • ripetuti dolori al torace; • cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto; • aumento degli enzimi cardiaci.
Steno-insufficienza delle valvole cardiache, aneurismi cardiaci, ferite o corpi estranei del cuore, tamponamento cardiaco, sostituzioni valvolari, pericardiectomia, con necessità di intervento chirurgico	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (ecocardiografia, angiografia, T.A.C., R.M.N. o altri accertamenti similari) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia. Nel caso di lesioni traumatiche occorre fornire referto di Pronto Soccorso.
Ictus cerebrale (colpo apoplettico)	Accidente cerebro-vascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante dall'infarto e morte del tessuto cerebrale dovuta all'ostruzione di un vaso intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale. Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate e gli attacchi ischemici transitori (TIA) sono esclusi. La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da T.A.C. o R.M.N., EEG (elettroencefalogramma).
Aneurismi o stenosi o rotture dell'aorta toracica o addominale o delle arterie renali o delle arterie endocraniche o della vena cava	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti similari) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista



PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
superiore o vena cava inferiore con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	della materia.
Pancreatite acuta	Forma di pancreatite caratterizzata da necrosi, suppurazione, gangrena ed emorragia, con esordio improvviso caratterizzata da dolori addominali, nausea e vomito. La diagnosi deve essere confermata dagli esami e da referto di T.A.C. o R.M.N..
Grandi trapianti di almeno uno dei seguenti organi: • cuore • polmone • fegato • pancreas • rene	La necessità di trapianto d'organo deve essere certificata da Struttura Pubblica o da Medico specialista della materia.
Ustioni gravi	Ustioni di terzo grado dovute ad <i>infortunio</i> ed estese almeno al 40% della superficie corporea.
Sclerosi multipla o a placche	<i>Malattia</i> caratterizzata da aree di demielinizzazione cerebrale e midollare spinale. È richiesta una diagnosi di uno specialista neurologo che confermi chiari episodi deficitari neurologici con alterazioni della coordinazione motoria e/o sensoriale ed implicanti un punteggio "EDSS" maggiore di 5.
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	<i>Malattia</i> neurodegenerativa progressiva dei motoneuroni spinali o cerebrali. La diagnosi deve essere posta da parte di uno specialista neurologo di clinica o Istituto universitario di neurologia. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.
Distrofia muscolare	La distrofia muscolare si riferisce ad un gruppo di miopatie generiche degenerative caratterizzate da astenia ed atrofia del muscolo senza coinvolgimenti del sistema nervoso. I diversi tipi si distinguono a seconda dell'epoca di insorgenza, localizzazione e progressione della <i>malattia</i> . La diagnosi della distrofia muscolare deve essere confermata da uno specialista neurologo e deve comportare inabilità a svolgere almeno tre attività del vivere quotidiano (ADL). Le ADL sono: lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi.
Fratture vertebrali, delle ossa faciali (escluso setto nasale) e del cranio con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., radiologia tradizionale o altri accertamenti similari) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie epatiche che richiedono resezioni chirurgiche	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia,

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
	angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del pancreas che richiedono <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del Sistema Nervoso Centrale che richiedono craniotomia	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Cirrosi epatica	Patologia epatica cronica, caratterizzata dalla formazione di tessuto perilobulare, degenerazione epatocellulare, infiltrazione adiposa e cellulare e aree di rigenerazione e ostacolo al normale flusso sanguigno (ipertensione portale). La diagnosi deve essere confermata da biopsia epatica e/o da T.A.C. o R.M.N.
Epatite acuta con necrosi epatica	Epatite caratterizzata da esordio improvviso con nausea, vomito, brividi, febbre, ittero grave e precoce, convulsioni e shock. La diagnosi deve essere confermata dagli accertamenti ematochimici epatici e da ecografia e T.A.C. o R.M.N..
Fistole bronchiali, esofagee, ureterali, uretrali, vescicali, retto vaginali con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., fistulografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Tumori benigni polmonari con necessità di <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Patologie del timo che richiedono <i>intervento chirurgico</i>	La diagnosi deve essere confermata da accertamenti di diagnostica per immagini (T.A.C., R.M.N., ecografia, angiografia o altri accertamenti simili) e la necessità dell' <i>intervento chirurgico</i> va certificata da Medico specialista della materia.
Anemia aplastica	Incapacità irreversibile del midollo osseo a produrre elementi figurati del sangue che comporti anemia, neutropenia e trombocitopenia e che sia trattata con almeno una delle seguenti terapie: • emo-trasfusioni periodiche; • terapie continuative con agenti stimolanti del midollo, agenti immuno-soppressivi; • trapianto di midollo osseo.



PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
	La diagnosi deve essere confermata dall'esame istologico del midollo e da accertamenti ematologici.
Encefalite acuta	Infiammazione acuta di una parte più o meno estesa dal sistema nervoso centrale senza suppurazione con esordio improvviso, cefalea, rigidità della nuca, disturbi visivi, psichici e motori. Può essere di origine batterica, virale, parassitaria, micotica, allergica e coinvolgere le meningi. La diagnosi deve essere confermata dall'esame del liquor, da esame istologico, da EEG e da T.A.C. o R.M.N..
Cecità	Perdita totale ed irreversibile della vista da entrambi gli occhi causata da <i>infortunio</i> o <i>malattia</i> . La cecità deve essere certificata da uno specialista oculista.
Coma irreversibile	Perdita permanente della funzione cerebrale, caratterizzata dalla totale mancanza di risposta agli stimoli esterni o ai bisogni interni, che comporti l'uso di sistemi di supporto vitale. Il coma irreversibile deve essere confermato da <i>cartella clinica</i> completa.
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) o emiplegia diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
Ricovero in reparto di Terapia Intensiva / Rianimazione (escluso ricovero in Unità Coronarica)	<i>Infortuni</i> , gravi malori improvvisi che necessitano di ricovero in Terapia Intensiva / Rianimazione per almeno 15 giorni.



OPZIONE LIGHT					
La copertura opera unicamente per le garanzie e prestazioni riportate nella presente <i>Opzione di Copertura</i> per <i>Assicurato</i> se non riportato diversamente.					
SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE					
3.1	Area <i>RICOVERO</i>		Operatività	Massimali per annualità assicurativa	Limiti <i>indennizzo</i> (<i>Franchigie, Scoperti, Limiti temporali</i>)
3.1. I	Ricovero o Intervento Chirurgico reso necessario da Grave Patologia			€ 1.500	€ 50 die , massimo 30 gg per annualità assicurativa
	3.1.i)	Sussidio giornaliero per Assistenza durante il ricovero (diaria da ricovero)			
3.2	Area EXTRARICOVERO				
3.2.A	Diagnostica e terapie di alta specializzazione		– Network – Extranetwork – SSN	€ 1.000	– network: scoperto 25% minimo € 35 – extranetwork: scoperto 25%, minimo € 70 – SSN: Rimborso integrale tickets
3.2.E	Cure oncologiche		– Network – Extranetwork – SSN	€ 500	– network / extranetwork: scoperto 25% – SSN: Rimborso integrale tickets
Sezione ASSISTENZA					
	operante				
Sezione LTC					
	Rendita € 325 al mese per tre anni				

