



First Protection Family

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

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

Il presente Set Informativo, composto da:

- Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini,
 - Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni),
 - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni),
- deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

REALE GROUP

 **ITALIANA ASSICURAZIONI**

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE FIRST PROTECTION FAMILY

**Mod. MAL50001
Ed. 04/2021**

CONTATTI UTILI



	CONTATTO
ASSISTENZA STRADALE, PER L'ABITAZIONE E LA SALUTE - 24 ore - 7 giorni su 7	800 042 042
SERVIZIO CLIENTI – BENVENUTI IN ITALIANA	800 101 313

AREA RISERVATA



Dopo la sottoscrizione, all'indirizzo www.italiana.it è possibile accedere all'Area Riservata al Contraente (c.d. home insurance), per consultare e gestire telematicamente il contratto (ad esempio: pagare il premio successivo al primo, chiedere la liquidazione di un sinistro o la modifica dei propri dati personali). È possibile accedere anche tramite l'App Italiana Mobile. L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

First Protection è la polizza sanitaria di Italiana Assicurazioni che garantisce un supporto in caso di patologie particolarmente gravi.

Grazie alle due garanzie che la compongono, First Protection interviene proprio in occasione della diagnosi di una grave malattia. Un momento che, come è facile immaginare, genera un immediato senso di sconforto, sia per il diretto interessato sia per i familiari, accompagnato da innumerevoli paure per il futuro: l'evolvere dello stato di salute, gli impatti della malattia sull'attività lavorativa, sulla situazione economica e sulla serenità dei propri cari.

La garanzia Dread Disease fornisce un supporto economico in queste situazioni, tramite l'erogazione di un capitale, scelto dal Cliente in fase di sottoscrizione del contratto, in caso di diagnosi di una delle 8 gravi patologie individuate.

A determinare l'erogazione del capitale è la diagnosi della malattia e non il pagamento di eventuali spese di cura, pertanto non è richiesta la presentazione di documenti attestanti le spese sostenute.

In questo modo, a seconda dei casi, il Cliente potrà utilizzare il denaro per affrontare visite e accertamenti senza intaccare le proprie risorse personali, oppure, in caso di cure effettuate all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, potrà utilizzare la somma ricevuta per altre finalità, come ad esempio compensare il mancato reddito qualora non potesse lavorare a causa della malattia.













Completa l'offerta la garanzia Assistenza che offre un ampio ventaglio di servizi e prestazioni per far fronte ad emergenze di natura sanitaria, come ad esempio l'invio di un medico o un infermiere a domicilio oppure il servizio di tutoring, per individuare le strutture sanitarie d'eccellenza ed essere guidati tra le prestazioni messe a disposizione dal sistema pubblico in materia sociosanitaria e assistenziale.



Controlla i box di consultazione che troverai all'interno delle condizioni assicurative: ti indicheranno gli aspetti più salienti, le precisazioni utili sul contratto e spiegazioni di temi complessi.

Il testo contenuto nel box è un esempio con finalità esplicative e non ha valore contrattuale. Per l'applicazione della polizza è quindi sempre necessario fare riferimento al testo contrattuale all'origine degli esempi stessi.

INDICE

GLOSSARIO	5
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	8
 1 OBBLIGHI DEL <i>CONTRAENTE/ASSICURATO</i>	8
 2 DURATA DELLA COPERTURA	9
 3 RECESSO	9
 4 INFORMAZIONI SUL <i>PREMIO</i>	10
 5 DOVE VALE LA COPERTURA	11
 6 ALTRE INFORMAZIONI	11
SEZIONE SALUTE	12
DREAD DISEASE	12
 7 CHE COSA POSSO ASSICURARE	12
 8 CHE COSA NON È ASSICURATO	14
 9 CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	16
ASSISTENZA SALUTE	17
 10 CHE COSA POSSO ASSICURARE	17
 11 CHE COSA NON È ASSICURATO	20
 12 CHE COSA FARE IN CASO DI <i>SINISTRO</i>	21
APPENDICE 1 - TABELLA ADEGUAMENTO DEL <i>PREMIO</i> PER ETÀ	22

LEGENDA



CHE COSA È ASSICURATO

Qui trovi le informazioni sulle differenti coperture presenti in *polizza*. Ricordati che le garanzie acquistate saranno indicate sulla *scheda di polizza*.



CHE COSA NON È ASSICURATO

Qui trovi le informazioni su quali persone non risultano assicurabili e su quali eventi sono esclusi dalla presente *polizza* nonché i periodi all'interno dei quali alcune garanzie non operano.



CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Qui trovi le informazioni sulla procedura da intraprendere in caso di evento coperto dalla presente *polizza*. Puoi reperire i contatti a cui fare riferimento nonché la documentazione da consegnare e le tempistiche di accertamento del sinistro nonché di liquidazione dell'indennizzo.



OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

In questo capitolo puoi reperire le informazioni relative agli obblighi e agli adempimenti che derivano al *contraente/assicurato* all'inizio del contratto e nel corso della sua durata.



DURATA DELLA COPERTURA

Qui trovi le condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



INFORMAZIONI SUL PREMIO

Qui trovi le informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei *premi*.



ALTRE INFORMAZIONI

Qui trovi tutte le informazioni presenti nella Sezione "Norme comuni a tutte le garanzie" non indicate nei capitoli precedenti.

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

GLOSSARIO

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

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

ANNUALITÀ ASSICURATIVA

Il periodo compreso tra la data di effetto dell'*assicurazione* e la data di prima scadenza, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione dell'*assicurazione*.

ASSICURATO

La persona protetta dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

ASSISTENZA

Le prestazioni di immediato aiuto che la *Società* si impegna a fornire all'*Assicurato* nel caso in cui lo stesso si trovi in una situazione di difficoltà al seguito del verificarsi di un evento previsto in garanzia dall'*assicurazione*.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

CARENZA

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di *assicurazione* non sono efficaci. Se il *sinistro* oggetto dell'*assicurazione* avviene in tale periodo, la *Società* non corrisponde la prestazione assicurata.

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., società di servizi facente parte di Reale Group, che eroga i servizi e le prestazioni di *assistenza* previste in *polizza*.

CONTRAENTE

La persona che stipula il contratto con la *Società*.

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 privato) regolarmente autorizzata all'erogazione dell'*assistenza ospedaliera*, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico.

GRAVE PATOLOGIA

Le patologie indicate all'art. 7.1.

INDENNIZZO

Somma dovuta dalla *Società* in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato in regime di ricovero mediante cruentazione dei tessuti la quale dovrà avvenire con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Sono considerati interventi chirurgici anche la litotripsia e la riduzione incruenta di fratture seguita da immobilizzazione.

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

- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo;
- le iniezioni.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita definitiva, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere qualsiasi lavoro indipendentemente dalla professione esercitata.

MALATTIA

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

PARTI

Il *Contraente* e la *Società*.

PERIODO DI QUALIFICAZIONE

Periodo di tempo considerato dalla prima diagnosi della *grave patologia* entro il quale viene escluso il pagamento della prestazione in caso di morte dell'Assicurato.

POLIZZA

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

PREMIO

Somma dovuta dal *Contraente* alla *Società*.

QUESTIONARIO SANITARIO

Documento che costituisce parte integrante del contratto di *assicurazione* che descrive lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base di dichiarazioni da lui rese.

Il questionario deve essere sottoscritto dall'Assicurato medesimo.

RESIDENZA

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

RICOVERO

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

SCHEDA DI POLIZZA

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

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata l'*assicurazione*.

SOCIETÀ

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.

SOMMA ASSICURATA

Somma indicata nella *scheda di polizza*, da utilizzare per il calcolo dell'*indennizzo* previsto dalla relativa garanzia.

SPORT ESTREMO

Sport di estrema difficoltà, ai limiti delle leggi fisiche e della sopportazione del corpo umano.

STRUTTURA SANITARIA

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, *day hospital/day surgery*, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati.

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.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Norme valide per tutte le garanzie prestate dall'*assicurazione*.

1. OBBLIGHI DEL *CONTRAENTE*/ASSICURATO



1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* o dell'*Assicurato* relative a circostanze che 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. ALTRE ASSICURAZIONI

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

1.3. ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

1.4. CAMBIO DI *RESIDENZA*

Qualora il *Contraente* e/o gli *Assicurati* dovessero trasferire *residenza* o domicilio all'estero sono obbligati a comunicarlo alla *Società* a mezzo lettera raccomandata entro 30 giorni dal trasferimento. Si ricorda che il trasferimento di *residenza* potrebbe comportare un ulteriore onere al *Contraente*, se previsto dall'Autorità dello Stato estero della nuova *residenza*. Qualora il *Contraente* ometta di comunicare tale variazione, la *Società* potrà richiedere allo stesso il pagamento di un importo pari a quello che la *Società* abbia eventualmente versato all'Autorità dello Stato estero. Il *Contraente* si obbliga altresì a comunicare alla *Società* il trasferimento del proprio domicilio, se persona fisica, o della sede o stabilimento cui sono addette le persone assicurate, se persona giuridica, in Stato diverso da quello indicato al momento della stipula della *polizza*.

1.5. ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico del *Contraente*.



2. DURATA DELLA COPERTURA

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

In caso di mancato pagamento del *premio* le garanzie rimarranno comunque operanti fino alle ore 24 del 15° giorno successivo alla scadenza del contratto.

Qualora nella casella "tacito rinnovo" della *scheda di polizza* sia riportata l'indicazione "SI", in mancanza di disdetta, effettuata mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* è prorogata per un anno e così ad ogni successiva scadenza.



3. DISDETTA E RECESSO

Il *Contraente* ha facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di almeno 30 giorni inviando comunicazione di disdetta mediante lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) alla *Società* almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

La *Società*, in caso di tacito rinnovo e comunque per *Assicurati* di età pari o inferiore a 65 anni al momento della stipula del contratto, rinuncia al diritto di disdetta per i primi 4 rinnovi dalla stipula dell'*assicurazione*. Superato tale periodo, la *Società* può recedere annualmente dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni prima della scadenza annuale mediante lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC).

Qualora il contratto sia concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, il *Contraente* entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto ha la facoltà di recedere dallo stesso inviando alla *Società* o una raccomandata A.R. (indirizzo: Via Marco Ulpio Traiano, 18, 20149 Milano) oppure un'email alla casella di posta elettronica certificata (italiana@pec.italiana.it) contenente gli elementi identificativi del contratto, oppure all'Intermediario con cui il contratto è stato concluso.

Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata A.R. o della e-mail di posta elettronica certificata.

La *Società* rimborserà la parte di *premio* riferito al periodo non usufruito al netto delle imposte.



4. INFORMAZIONI SUL PREMIO

Il *premio* è sempre determinato per periodi di assicurazione di 1 anno ed è interamente dovuto dal *Contraente*, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.

4.1 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

Il presente articolo non opera se nella casella "indicizzazione" della *scheda di polizza* è riportata l'indicazione "no". Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, la *polizza* è indicizzata e pertanto si adegua seguendo le variazioni mensili dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai pubblicato dall'ISTAT. Il *premio* di *polizza*, perciò, sarà aumentato solo ad ogni scadenza annuale, mentre i valori e i limiti delle prestazioni, saranno adeguati ogni mese; ne consegue che, in caso di *sinistro*, si farà riferimento a tali parametri rivalutati in base al rapporto tra l'indice ISTAT relativo al terzo mese che precede la data del *sinistro* e quello del terzo mese precedente la data di stipulazione del contratto.

Ad ogni scadenza annuale del *premio* il *Contraente* e la *Società* hanno la facoltà di bloccare l'indicizzazione con riferimento all'ultima variazione intervenuta.

4.2 ADEGUAMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

Il *premio* della garanzia Dread Disease è incrementato ad ogni scadenza annuale successiva alla stipula, in funzione del crescere dell'età di ciascun *Assicurato*, sulla base delle percentuali indicate nell'APPENDICE – TABELLA ADEGUAMENTO DEL PREMIO PER ETÀ di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione.

All'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione, ai sensi del precedente art. 4.1.

4.3 VARIAZIONE DEL PREMIO

La *Società* si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie al verificarsi di una evoluzione consistente del rischio rispetto alle basi tecniche utilizzate per la determinazione dei *premi*.

In tal caso la *Società* dovrà comunicare al *Contraente*, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'*annualità assicurativa*, il nuovo *premio* da pagare per l'*annualità* successiva. In assenza di tale comunicazione, la *polizza* si intende rinnovata ad un *premio* corrispondente a quello precedentemente pagato, adeguato ai sensi dell'art. 4.2 e indicizzato ai sensi dell'art. 4.1.

Rimane ferma la facoltà da parte del *Contraente* di effettuare disdetta mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza.



5. DOVE VALE LA COPERTURA

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

6. ALTRE INFORMAZIONI



6.1 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi* si potrà procedere, su accordo tra le *Parti*, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:

A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle *Parti*, i quali si riuniscono nel Comune più vicino alla *residenza dell'Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le *Parti*;

B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto A, oppure in alternativa ad essa. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle *Parti* e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel Comune 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.

6.2 FORO COMPETENTE

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

6.3 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La *Società* rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili della *malattia*.

6.4 MODIFICHE ALL'ASSICURAZIONE

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

6.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE SALUTE

DREAD DISEASE

L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni rese nel *questionario sanitario*, che forma parte integrante della polizza. È necessario che l'Assicurato risponda in maniera precisa e veritiera, senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute, alle domande previste dal *questionario sanitario*, pena la nullità della copertura. Prima della sottoscrizione del *questionario sanitario* l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso e può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

La Società assicura le persone indicate nella *scheda di polizza* e presta le garanzie sotto indicate richiamate nella *scheda di polizza*.



7. CHE COSA POSSO ASSICURARE

7.1 DREAD DISEASE

La garanzia Dread Disease prevede la corresponsione della *somma assicurata* indicata nella *scheda di polizza* all'attestazione della diagnosi certa di una delle *gravi patologie* di seguito riportate che comportano necessariamente un grado di *invalidità permanente* non inferiore al 5%..

A. CANCRO

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la *malattia* di Hodgkin. Il cancro necessita di *intervento chirurgico* e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

Dalla garanzia sono esclusi:

- tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi;
- qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- tutti i tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno, salvo quanto previsto dal punto successivo;
- melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aNOMO;
- tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2NOMO;
- tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1NOMO dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi;
- tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di *carenza*.

B. INFARTO

L'infarto del miocardio è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a *malattia* coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio;
- e
- nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto;
- e
- tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca.

L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.

Angina e altre forme di sindrome coronarica acute sono escluse.

C. ICTUS

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno tre mesi dalla data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un ictus nuovo.

Si intendono esclusi:

- attacco ischemico transitorio (TIA);
- danni cerebrali dovuti ad *infortunio*, infezione, vasculite, *malattia* infiammatoria o emicrania;
- disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
- disturbi ischemici del sistema vestibolare;
- ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

D. INSUFFICIENZA RENALE

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'*Assicurato* si sottoponga a emodialisi renale continua e la dialisi deve essere ritenuta necessaria da un nefrologo.

Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea. Non è, inoltre, coperta l'insufficienza renale monolaterale.

E. TRAPIANTO D'ORGANO

L'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas. È altresì coperto l'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di midollo osseo se è ritenuto clinicamente indispensabile ed è certificato da relativo specialista.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento di insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo e di cellule insulari.

F. INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

L'effettivo sottoporsi ad *intervento chirurgico* a cuore aperto con toracotomia mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronarie tramite l'innesto di by-pass.

Prima dell'intervento è necessario fornire una prova angiografica di coronaropatia ostruttiva. Inoltre l'innesto di by-pass aortocoronarico deve essere ritenuto come il trattamento più idoneo da parte del cardiologo di riferimento dell'*Assicurato*.

Si intendono esclusi dalla garanzia: l'angioplastica a palloncino (PTCA), il cateterismo del cuore, la risoluzione chirurgica tramite laser e tutte le altre tecniche cateterali intra-arteriose. Sono altresì escluse le procedure di by-pass aortocoronarico mini-invasive o endoscopiche.

G. SCLEROSI MULTIPLA

Diagnosi inequivocabile formulata da un neurologo specialista (primario o aiuto) di Clinica o Istituto Universitario di Neurologia che soddisfa entrambi i seguenti criteri:

- presenza di un deficit neurologico funzionale permanente con prove oggettive di compromissione della coordinazione e della funzione senso-motoria, presente in maniera continua da almeno sei mesi consecutivi
- la diagnosi deve essere confermata da indagini neurologiche oggettive quali puntura lombare, PVE, PAE, e corredata di una risonanza magnetica che conferma la presenza di lesioni al sistema nervoso centrale.

H. MALATTIA DEI MOTONEURONI (COMPRESA SLA)

Diagnosi di *malattia* dei motoneuroni da parte di uno specialista neurologo (primario o aiuto) di clinica o Istituto universitario di neurologia come atrofia muscolare spinale, paralisi bulbare progressiva, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o sclerosi laterale primaria. 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.

8. CHE COSA NON È ASSICURATO



8.1 ESCLUSIONI

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

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

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 70 anni. Le persone che raggiungono i 71 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio.

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

La Società non presta la garanzia prevista se la grave patologia risulta direttamente o indirettamente causata da:

- a) dolo del Contraente;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- d) tentativo di suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- e) guerre ed insurrezioni in genere;
- f) pratica di sport estremi, di paracadutismo e sport aerei in genere (ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio e simili);
- g) speleologia;
- h) immersioni subacquee, idroscì;
- i) automobilismo, motociclismo, motonautica,

- j) snowkite, salto del trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, bob-slittino-skeleton praticati su pista, alpinismo oltre il 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo. Per alpinismo / free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche;
- k) *malattie* o condizioni patologiche pregresse, precedenti la data di effetto dell'*assicurazione*;
- l) sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o altra patologia ad essa collegata.

La garanzia non opera se la *grave patologia* risulta direttamente o indirettamente causata da *infortuni* subiti dall'*Assicurato* in qualità di

- membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;
- passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

La *polizza*, inoltre, non prevede il pagamento di alcuna prestazione in relazione a qualsiasi delle *gravi patologie* coperte di cui l'*Assicurato* abbia sofferto o sia stata diagnosticata prima dell'inizio della copertura. Ai fini della presente esclusione, Infarto, Ictus e innesto di by-pass aortocoronarico pregressi vengono considerati come un'unica *malattia*, vale a dire se l'*Assicurato* ha subito un infarto prima dell'entrata in vigore della *polizza* non avrà diritto alla liquidazione di alcuna prestazione per un futuro infarto o ictus o by-pass aortocoronarico e viceversa.

Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole prestazioni della garanzia Dread Disease.

8.2 PERIODO DI QUALIFICAZIONE

La *polizza* non prevede il pagamento di alcuna prestazione Dread Disease qualora l'*Assicurato* deceda nei 30 giorni successivi alla diagnosi.

8.3 CARENZE

La *Società* applicherà un periodo di *carezza* di 180 giorni. Nessuna prestazione verrà pagata per la garanzia Dread Disease se durante i primi 180 giorni dalla data di effetto dell'*assicurazione*:

- l'*Assicurato* presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle *gravi patologie* coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi,
- oppure
- all'*Assicurato* venisse diagnosticato una delle *gravi patologie* coperte.



Funzionamento *carezza*

L'*Assicurato* sottoscrive la *polizza* con data di effetto il giorno 1 marzo. In data 10 ottobre viene diagnosticata una delle 8 *gravi patologie* indennizzabili a termini di *polizza*.

Siccome la diagnosi è avvenuta dopo 180 giorni dalla data di effetto dell'*assicurazione*, all'*Assicurato* verrà corrisposto dalla *Società* la *somma assicurata* indicata nella *scheda di polizza*.



9. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

9.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

La documentazione che l'Assicurato o il Contraente o altra persona in sua vece deve presentare in caso di *sinistro* dipende dalla *grave patologia* per la quale la garanzia Dread Disease è prestata, come espressamente indicato nell'art. 7.1.

Per avere diritto alle prestazioni offerte dalla garanzia Dread Disease, il *Contraente*, l'Assicurato o altra persona in sua vece, a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi alla diagnosi, deve:

- denunciare la *grave patologia* (tra quelle indicate all'art. 7.1) all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla sede della *Società*, entro 180 giorni dalla data della diagnosi mediante avviso scritto. Trascorso questo termine la *Società* può rifiutare la liquidazione della *somma assicurata* della garanzia Dread Disease;
- inviare alla *Società*, con la denuncia del *sinistro*:
 - la documentazione sanitaria indicata per la *grave patologia* oggetto del *sinistro* come indicato all'art. 7.1;
 - la dichiarazione del medico specialista che attesti lo stato di salute dell'Assicurato;
 - le *cartelle cliniche* complete riferite alla *grave patologia* oggetto del *sinistro*;
 - il certificato di nascita e di esistenza in vita dell'Assicurato.

A richiesta della *Società* l'Assicurato o il *Contraente*, o altra persona in sua vece, pena la perdita di ogni diritto derivante dalla presente *assicurazione*, ha l'obbligo di:

- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla *Società* per l'accertamento dello stato di *grave patologia*;
- fornire ogni ulteriore documentazione che la *Società* ritenesse opportuno richiedere;
- consentire alla *Società* di accertare con medici di sua fiducia lo stato di *malattia* dell'Assicurato.

9.2 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il diritto all'*indennizzo* per Dread Disease è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a eredi o aventi causa. L'Assicurato matura il diritto all'*indennizzo* dopo 30 giorni dalla diagnosi e tale diritto resta comunque acquisito anche in caso di decesso dell'Assicurato oltre tale periodo purché la denuncia sia stata effettuata nei termini previsti all'art. 9.1. La *Società* comunica all'Assicurato l'esito del *sinistro*, avvalendosi del parere del consulente medico della Compagnia, specificando se intende riconoscere o meno l'*indennizzo* di *grave patologia*.

In caso di riconoscimento procede alla liquidazione dell'*indennizzo* entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. In tal caso l'*assicurazione* rimarrà comunque in essere fino alla scadenza anniversaria per la sola garanzia Assistenza Salute.



Liquidazione dell'*indennizzo*

L'Assicurato sottoscrive la *polizza* con una *somma assicurata* pari a € 50.000.

Successivamente, trascorso il periodo di *carezza*, all'Assicurato viene diagnosticata una delle 8 *gravi patologie* indennizzabili a termini di *polizza* e procede alla denuncia del *sinistro* secondo i termini previsti all'art. 9.1.

La *Società* procederà ai consueti controlli e, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta, provvederà a indennizzare l'Assicurato della *somma assicurata*, vale a dire € 50.000.

ASSISTENZA SALUTE

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di *malattia* o, limitatamente ad alcuni casi, di *grave patologia*, verificatasi durante il periodo di validità dell'*assicurazione* o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, la *Centrale Operativa* di Blue Assistance, società di servizi specializzata nel settore sanitario, eroga le prestazioni di indicate all'art. 10.1, presso la *residenza*, fino a tre volte per ciascun *sinistro* ed *annualità assicurativa*.

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

- telefono, ai numeri:

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO



+39 011 742 55 99

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

COMUNICANDO:

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

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



10. CHE COSA POSSO ASSICURARE

10.1 ASSISTENZA SALUTE

A. CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

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

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

B. 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 in cui i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico presso la *residenza*.

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

C. PRENOTAZIONE DI VISITE ED ESAMI

Qualora l'Assicurato, a seguito di *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 ore 8 alle ore 18, esclusi festivi.

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

D. PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria *residenza* per *malattia* certificata 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 auto-vettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

E. CONSEGNA FARMACI

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

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

F. INVIO DI UN INFERMIERE

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una *struttura sanitaria* in cui stato ricoverato per *grave patologia*, per un periodo non inferiore a 3 giorni, richieda, in quanto certificato nella *cartella clinica* di dimissione, *assistenza infermieristica* presso la propria *residenza*, la *Centrale Operativa* provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della *Società* fino alla concorrenza di € 500 per *sinistro*.

G. TRASFERIMENTO IN STRUTTURE SANITARIE SPECIALIZZATE

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una *struttura sanitaria* specializzata per essere ricoverato a seguito di *grave patologia*, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario, provvede a:

- individuare e prenotare la *struttura sanitaria* specializzata, in Italia o all'estero;
- organizzare i contatti medici con la *struttura sanitaria*;
- trasferire l'Assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
 - aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);
 - aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
 - treno prima classe;
 - autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;tenendone il costo a carico della *Società*.

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

La prestazione è fornita nel mondo intero, ad eccezione dei Paesi in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto.

H. RIENTRO DALLA STRUTTURA SANITARIA SPECIALIZZATA

Qualora l'*Assicurato*, in seguito all'attivazione della prestazione "Trasferimento in strutture sanitarie specializzate", dopo essere stato curato, venga dimesso, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante sul posto, lo valutino necessario, organizza il rientro dell'*Assicurato* alla propria *residenza* in autoambulanza o con un altro mezzo idoneo (treno in prima classe o, all'occorrenza vagone letto), con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare.

L'intero costo rimane a carico della *Società*.

La prestazione è operante purché l'intervento di *assistenza* non venga impedito da norme sanitarie internazionali ed è fornita nel mondo intero, ad eccezione dei Paesi in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto.

I. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *ricovero* per *grave patologia*, di durata non inferiore a 5 giorni, necessari, secondo il parere dei medici che lo hanno in cura, di *assistenza* sociosanitaria, la *Centrale Operativa*, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvederà ad inviare:

- un medico o un infermiere una volta a settimana per massimo 2 settimane presso la *residenza*;
- un operatore socio-sanitario massimo 1 ora al giorno per massimo 2 settimane presso la *residenza* o, presso la *struttura sanitaria*, in caso di *ricovero* dell'*Assicurato* per un periodo non inferiore a 7 giorni.

Le prestazioni erogabili presso la *residenza* sono operative dietro presentazione della *cartella clinica* o documentazione medica equipollente, attestante l'impossibilità fisica a compiere, senza l'assistenza di terzi, determinate attività della vita quotidiana.

J. TUTORING MEDICO TELEFONICO PERSONALIZZATO

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

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

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

K. TUTORING SISTEMA SOCIO-SANITARIO ED ECCELLENZE SANITARIE

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

Il Tutor di Blue Assistance, in riferimento alla *grave patologia* coperto dalla *polizza*, provvede a fornire le indicazioni richieste in materia di:

▪ Eccellenze sanitarie

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

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

▪ Sistema socio-sanitario e assistenziale

Il Tutor di Blue Assistance supporta l'*Assicurato* e la sua famiglia nel reperimento delle informazioni sulle prestazioni messe a disposizione dal sistema pubblico in materia socio-sanitaria e assistenziale (come ad esempio indennità, esenzioni, tutela della mobilità, etc.).

L'*Assicurato*, o un suo familiare, che ne fa richiesta viene messo in contatto con l'Equipe di Medici e di Tecnici interni a Blue Assistance per un'intervista telefonica e l'eventuale acquisizione di documenti utili ad approfondire il caso clinico. Compatibilmente con i tempi necessari per la valutazione del caso specifico, il Tutor incaricato fornisce all'*Assicurato* i riferimenti degli uffici e delle procedure da seguire per le prestazioni individuate.

Il servizio è fornito in coerenza con la normativa vigente.

Resta a carico dell'*Assicurato* l'attivazione degli enti competenti ed il costo per la gestione delle pratiche necessarie.

L. INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

Qualora, a seguito di *grave patologia*, 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 non inferiore a 3 giorni, 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 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.

M. INVIO DI UN'ASSISTENTE FAMILIARE

Qualora l'*Assicurato* conviva stabilmente con un familiare (figlio/a, coniuge/convivente more uxorio, madre/padre o nuora/genero o suocero/a) non autosufficiente, come comprovato da documentazione medica, e sia ricoverato in una *struttura sanitaria* a seguito di *grave patologia* per un periodo non inferiore a 5 giorni, la *Centrale Operativa* - compatibilmente con le disponibilità locali - provvede a reperire ed ad inviare presso la *residenza* un'assistente, che fornisca aiuto al familiare infermo nella cura dell'igiene personale, nell'organizzazione della vita quotidiana, che supporti la famiglia nella compagnia e nella comunicazione, tenendo il costo a carico della Società fino a un massimo di 30 ore.

La prestazione può essere usufruita 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 ed è tenuto a fornire, su richiesta della *Centrale Operativa* ed al massimo entro 15 giorni, la documentazione attestante il *ricovero*.

11. CHE COSA NON È ASSICURATO



11.1 ESCLUSIONI

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

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

L'*assicurazione* vale per le persone di età non superiore a 70 anni. Le persone che raggiungono i 71 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del *premio*.

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

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

- abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari;
- eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- *malattie* in atto al momento della sottoscrizione del contratto, nonché le loro conseguenze, ricadute o recidive;
- patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze ad esclusione del morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici;
- complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole prestazioni della *Assistenza Salute*.



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:

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

La *Società* si riserva il diritto di chiedere all'*Assicurato* il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di *assistenza* che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di assicurazione.

APPENDICE - TABELLA ADEGUAMENTO DEL *PREMIO* PER ETÀ

Età	% da applicare al <i>premio</i> della garanzia	Età	% da applicare al <i>premio</i> della garanzia
18	-	45	8,80%
19	19,05%	46	8,88%
20	16,00%	47	8,70%
21	10,34%	48	9,33%
22	10,94%	49	9,45%
23	7,04%	50	9,61%
24	7,89%	51	10,17%
25	7,32%	52	10,38%
26	7,95%	53	9,30%
27	7,37%	54	9,27%
28	8,82%	55	9,45%
29	9,01%	56	9,75%
30	9,92%	57	9,69%
31	8,27%	58	9,30%
32	9,03%	59	9,48%
33	9,55%	60	9,49%
34	9,30%	61	7,55%
35	10,11%	62	7,54%
36	9,66%	63	6,84%
37	10,13%	64	6,89%
38	10,40%	65	6,91%
39	10,87%	66	6,82%
40	10,78%	67	6,89%
41	7,96%	68	6,44%
42	7,92%	69	6,44%
43	8,61%	70	6,52%
44	8,62%		

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



Mod. MAL50001



REALE GROUP

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

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) Tel. +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutitaliana@italiana.it - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente a Reale Group, iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.