



# **Salute & Senzatempo**

FORMULA DIARIA.

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**  
TOGETHER MORE **130'**

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SALUTE & SENZATEMPO

## Formula Diaria

**Mod. MAL50081  
Ed. 04/2019**

### CONTATTI UTILI

---



	CONTATTO
ASSISTENZA - BLUE ASSISTANCE - 24 ore – 7 giorni su 7	800 686472
SERVIZIO CLIENTI – BENVENUTI IN ITALIANA	800 101 313

### AREA RISERVATA

---



All'indirizzo [www.italiana.it](http://www.italiana.it) è possibile accedere all'Area Riservata per consultare il dettaglio delle polizze e tenere sotto controllo le scadenze. È possibile consultare tale Area anche tramite l'App Italiana Mobile. L'accesso è gratuito previa la registrazione.

# INTRODUZIONE

---

Salute & Senzatempo – Formula Diaria è la polizza sanitaria che contiene garanzie assicurative e servizi per far fronte agli eventi che possono compromettere la salute e l'integrità fisica della persona, a seguito di un infortunio o di una malattia.

La caratteristica distintiva è la durata, "a vita intera": ciò significa che, salvo disdetta da parte del Contraente, la Società non potrà uscire dal contratto per sinistro, per sopraggiunti limiti di età o aggravamento dello stato di salute.

Chi sceglie Salute & Senzatempo – Formula Diaria, si garantisce oggi la tutela della salute per tutta la vita, ad un prezzo che non si modificherà nel tempo al variare delle condizioni di salute.

La garanzia principale del prodotto è la diaria da ricovero: per ogni giorno di ricovero dovuto a malattia, infortunio o parto, viene corrisposto un importo forfettario, indipendentemente dalle spese effettivamente sostenute o dalla tipologia di struttura sanitaria scelta, sia essa pubblica o privata.

Alla copertura principale, si affiancano ulteriori garanzie, alcune automaticamente incluse e altre facoltative, disponibili in due livelli, standard e top. Grazie ad esse, è possibile, ad esempio, ricevere un importo giornaliero per il periodo di convalescenza post ricovero o in caso di ingessatura.

Le numerose prestazioni di Assistenza che completano il prodotto risultano molto utili per affrontare situazioni di urgenza sanitaria, in Italia o all'estero.



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 CONTRAENTE/ASSICURATO .....	8
 2 DURATA DELLA COPERTURA .....	9
 3 RECESSO .....	10
 4 INFORMAZIONI SUL PREMIO .....	10
 5 DOVE VALE LA COPERTURA .....	11
 6 ALTRE INFORMAZIONI .....	11
<b>SEZIONE MALATTIE .....</b>	<b>13</b>
 7 CHE COSA POSSO ASSICURARE .....	13
 8 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO .....	17
 9 CHE COSA NON È ASSICURATO .....	18
 10 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO .....	20
<b>SEZIONE ASSISTENZA .....</b>	<b>22</b>
 11 CHE COSA POSSO ASSICURARE .....	22
 12 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO .....	27
 13 CHE COSA NON È ASSICURATO .....	27
 14 TABELLA INDICATIVA DEI LIMITI .....	28
 15 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO .....	29
APPENDICE 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI .....	30
ARTICOLI DI LEGGE .....	34

# LEGENDA

---



## CHE COSA POSSO ASSICURARE

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



## COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sul funzionamento di alcune garanzie come ad esempio la modalità di erogazione delle prestazioni.



## 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.



## TABELLA INDICATIVA DEI LIMITI

In questo capitolo puoi reperire, per ogni singola garanzia, i limiti di indennizzo, i limiti temporali ed eventuali regole di abbinamento tra differenti garanzie.



## 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.



## RECESSO

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle modalità di scioglimento del contratto.



## INFORMAZIONI SUL PREMIO

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



## DOVE VALE LA COPERTURA

In questo capitolo puoi reperire le informazioni sull'ambito geografico nel quale la copertura è valida.



## 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*.

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

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.

## **BLUE ASSISTANCE**

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

## **CARTELLA CLINICA**

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

## **CENTRALE OPERATIVA**

Componente della struttura organizzativa di *Blue Assistance S.p.A.* che eroga le prestazioni e i servizi di assistenza previsti in *polizza*.

## **CENTRI DI ECCELLENZA**

Istituti ad alta specializzazione identificati dalle autorità sanitarie per i loro standard di eccellenza in specifici settori della medicina.

## **CONSUMATORE**

La persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta (art. 3 Codice del Consumo).

## **CONTRAENTE**

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

## **CONVALESCENZA**

Stato intermedio tra la dimissione da *ricovero* e la completa normalizzazione dell'organismo.

## **DAY HOSPITAL**

Degenza esclusivamente diurna in *struttura sanitaria* (pubblica o privata) regolarmente autorizzata 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.

## **FRANCHIGIA**

Numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'*Assicurato*.

## **GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO**

*Interventi chirurgici* indicati nell'Appendice 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

## **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 – anche senza *ricovero* presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - 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 riduzione incruenta di fratture, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.

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

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

## **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 e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente stato morboso diagnosticato all'*Assicurato*.

## **MALATTIA PREESISTENTE**

*Malattia* che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche, *malformazioni* o *difetti fisici* preesistenti o insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto.

## **MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO**

Alterazione organica, congenita o acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della *polizza*.

## **MASSIMALE / SOMMA ASSICURATA**

Somma fino alla concorrenza della quale la *Società* presta la garanzia.

## **PARTI**

Il *Contraente* e la *Società*.

## **POLIZZA**

Insieme dei documenti che comprovano il contratto di *assicurazione*.

## **PREMIO**

Somma dovuta dal *Contraente* alla *Società*.

## **RICOVERO**

Permanenza in *struttura sanitaria* con pernottamento.

## **SCHEDA DI POLIZZA**

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

**SINISTRO**

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

**SOCIETÀ**

Italiana Assicurazioni S.p.A..

**STRUTTURA SANITARIA**

Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie anche in regime di degenza diurna.

Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le strutture di convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, le Residenze Sanitarie Assistenziali, 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 influiscono 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 CAMBIO DI RESIDENZA DEL *CONTRAENTE E/O DEGLI ASSICURATI ALL'ESTERO*

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. L'*assicurazione*, per l'*Assicurato* che si è trasferito, cesserà di avere validità alla fine dell'anno assicurativo nel quale si è verificato il trasferimento e il *premio* di *polizza* sarà aggiornato, alla scadenza annuale del contratto, in base agli *Assicurati* rimasti in garanzia. Nel caso di *polizza* individuale (*Contraente* = *Assicurato*) il contratto cesserà al termine dell'annualità di *premio*. La presente disposizione non si applica nel caso in cui uno o più *Assicurati* dovessero trasferire residenza o domicilio temporaneamente all'estero (comunque per un periodo non superiore a 12 mesi), fermo restando l'obbligo di comunicazione.

### 1.3 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* deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

### 1.4 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.

### 1.5 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL *CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ*

Tutte le comunicazioni alle quali il *Contraente* è tenuto nei confronti della *Società* dovranno essere fatte esclusivamente per iscritto, fax o posta elettronica certificata (PEC) alla *Società* ai seguenti indirizzi:

- Via Marco Ulpio Traiano, 18 – 20149 Milano (Italia);
- Fax: +39 02 3271270;
- PEC: italiana@pec.italiana.it.

## 1.6 ONERI FISCALI

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



## 2. DURATA DELLA COPERTURA

L'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella *scheda di polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

Se il *Contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successive, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza.

L'*assicurazione* riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

In caso di mancato pagamento del *premio* oltre 3 mesi dalla scadenza, le carenze di cui all'art. 9.2 decorreranno nuovamente dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del *premio*.

L'*assicurazione* è operante per i *ricoveri* effettuati nel periodo di validità dell'*assicurazione* a condizione che la *malattia* o l'*infortunio* che li hanno determinati si siano verificati o siano stati diagnosticati nel medesimo periodo.

### 2.1 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE - OBBLIGO AL RINNOVO DA PARTE DELLA SOCIETÀ

La *Società* si obbliga a rinnovare l'*assicurazione* ad ogni scadenza contrattuale per tutto il periodo in cui resta in vita l'*Assicurato* ed alle condizioni di *premio* derivanti dal contratto, nonché dall'eventuale applicazione dell'art. 4.1 REVISIONE TECNICA DEL *PREMIO*, ferme restando le altre Condizioni di Assicurazione.

Il *Contraente* ha facoltà di recedere dall'*assicurazione* ad ogni scadenza annuale inviando comunicazione di disdetta mediante lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) alla *Società* almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

In assenza di tale comunicazione l'*assicurazione* è prorogata per 1 anno e così successivamente.

In caso di mancato rinnovo dell'*assicurazione* non si applica quanto disposto all'art. 1901, comma 2, del Codice Civile (non trova applicazione il periodo di mora)

### 2.2 FACOLTÀ DA PARTE DELLA SOCIETÀ DI NON RINNOVARE L'ASSICURAZIONE

Esclusivamente nei seguenti casi la *Società* non è obbligata a rinnovare l'*assicurazione*:

- a) comportamenti del *Contraente* o dell'*Assicurato* atti a esagerare dolosamente l'entità del *sinistro*;
- b) cessazione del *Contraente* se questo non è persona fisica; se il *Contraente* è una persona fisica in caso di sua scomparsa. In tali casi la *Società* è obbligata a rinnovare il contratto con gli *Assicurati* della medesima *polizza* che ne facciano richiesta entro 60 giorni dalla scadenza annuale ed i *premi* saranno pari a quelli che sarebbero stati per loro dovuti se non ci fosse stata la cessazione/scomparsa del *Contraente*;
- c) esclusivamente per il *Contraente/Assicurato* che sposta residenza o domicilio all'estero.



### 3. RECESSO

Il *Contraente* ha facoltà di recedere dall'*assicurazione* ad ogni scadenza annuale 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* non può recedere dal contratto salvo quanto previsto all'art. 2.2.

### 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.

Il *premio* è determinato dall'età dell'*Assicurato* al momento della stipulazione della *polizza*. Il *premio* così determinato resta costante per tutta la durata del contratto di *assicurazione*, salvo quanto indicato dall'eventuale applicazione dell'art. 4.1 REVISIONE TECNICA DEL *PREMIO*.

Nessun aumento è dovuto per aggravamenti dello stato di salute dell'*Assicurato* avvenuti successivamente alla stipulazione del contratto.

Il presente contratto non prevede l'indicizzazione.

#### 4.1 REVISIONE TECNICA DEL PREMIO

La *Società* si riserva la facoltà di modificare il *premio* in corso qualora sussista uno dei seguenti giustificati motivi:

1. variazioni significative ed oggettive nel Servizio Sanitario Nazionale, per tali intendendosi (a titolo esemplificativo e non esaustivo): non obbligatorietà dello stesso, riduzione delle prestazioni (per *ricoveri, interventi chirurgici, visite o esami*) dallo stesso fornite;
2. variazioni significative ed oggettive che riguardino una o più delle seguenti basi statistiche attuariali utilizzate per la determinazione della tariffa:
  - (a) aspettativa di vita;
  - (b) tasso di non rinnovo dei contratti in corso;
  - (c) evoluzione del costo e/o della frequenza delle prestazioni.

La modifica del *premio* sarà applicata alla totalità delle polizze stipulate con la *Società* denominate "Salute & Senza-tempo – Formula Diaria".

La modifica del *premio* non terrà conto dell'eventuale aggravamento dello stato di salute del singolo *Assicurato* determinatosi successivamente alla decorrenza del contratto.

Qualora la *Società* intenda avvalersi della predetta facoltà e procedere alla modifica del *premio*, provvederà a darne comunicazione al *Contraente* almeno 90 giorni prima della scadenza annuale, indicando il motivo che giustifica la variazione contrattuale e specificando il nuovo importo di *premio*. La comunicazione sarà effettuata tramite un'informativa scritta (o altro supporto durevole preventivamente accettato dal *Contraente*). Tale comunicazione sarà portata a conoscenza del *Contraente*, per il tramite dell'Intermediario assicurativo o direttamente dalla *Società*, a mezzo raccomandata a/r o e-mail. Il pagamento da parte del *Contraente* del nuovo *premio* comunicato *dalla Società* comporterà l'accettazione dello stesso e la prosecuzione della copertura assicurativa senza ulteriori formalità. Il *Contraente* che non intenda accettare le nuove condizioni di *premio* avrà la facoltà di recedere senza spese dal contratto assicurativo secondo una delle seguenti modalità:

- mancato pagamento del nuovo *premio* alla scadenza annuale;
- invio di una lettera raccomandata;
- invio di PEC.

In caso di recesso dell'Assicurato per mancata accettazione del nuovo premio, la Società garantirà comunque l'operatività delle garanzie di polizza fino alle ore 24 del 15° giorno successivo alla scadenza annuale.

Le disposizioni del presente articolo si applicano anche ai contratti con Contraente non consumatore, a tutela delle persone assicurate.



## 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, 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 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, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

### 6.2 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente/Assicurato.

### 6.3 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La *Società* rinuncia al diritto di surrogazione nei confronti delle seguenti persone:

- Familiari conviventi dell'*Assicurato*;
- Familiari non conviventi dell'*Assicurato* fino al 3° grado di parentela;
- *Contraente* e *Assicurati* nella medesima *polizza* (quando il *Contraente* non sia una persona fisica, la *Società* rinuncia al diritto di surrogazione anche nei confronti dei legali rappresentanti).

### 6.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

### 6.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

### 6.6 TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DAL CONTRATTO

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dal contratto non possono essere esercitati che dal *Contraente* e dalla *Società*.

# SEZIONE MALATTIE



## 7. CHE COSA POSSO ASSICURARE

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

L'operatività delle garanzie è regolamentata all'art. 8 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO.

### 7.1 DIARIA DA RICOVERO - FORMULA STANDARD (DSU)

#### 7.1.1 OGGETTO

La Società corrisponde una diaria per ogni giorno di *ricovero* dovuto a *malattia* o *infortunio* nella misura indicata nella seguente tabella.

#### FORMULA STANDARD (DSU)

Tipo diaria	025	050	075	100	125	150	175	200
Diaria da <i>malattia</i>	25 €	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €
Diaria da <i>infortunio</i>	37,5 €	75 €	112,5 €	150 €	187,5 €	225 €	262,5 €	300 €
Diaria da <i>Grandi Interventi Chirurgici</i> (come da Appendice 1)	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €

Inoltre sono compresi i seguenti eventi:

Evento/prestazione	Somma assicurata	Limiti di indennizzo
<b>A) PARTO</b> <i>Ricovero</i> relativo al parto naturale o cesareo.	Importo pari alla "Diaria da <i>malattia</i> "	
<b>B) DAY HOSPITAL</b> Per <i>Day Hospital</i> di durata superiore a 2 giorni, anche non consecutivi, purchè dalla documentazione della <i>struttura sanitaria</i> risulti che sono stati resi necessari dalla medesima causa.	Importo pari al 50% della "Diaria da <i>malattia</i> "	
<b>C) DAY SURGERY</b>	Importo pari ad un giorno della diaria corrispondente	<b>Massimo di tre volte in un anno assicurativo.</b>
<b>D) ELISOCORSO</b> Rimborso delle spese di trasporto in elisoccorso alla <i>struttura sanitaria</i> in Italia.	Fino alla concorrenza di 5 volte l'importo indicato per la "Diaria da <i>infortunio</i> ".	

Evento/prestazione	Somma assicurata	Limiti di indennizzo
<b>E) RIABILITAZIONE</b> Relativamente ai <i>ricoveri</i> per riabilitazione e/o prestazioni fisioterapiche, la <i>Società</i> corrisponde una diaria per un numero di giorni pari a quelli del <i>ricovero</i> stesso.	Importo pari alla diaria corrispondente.	<b>Massimo 20 giorni per ricovero.</b> <b>La diaria per riabilitazione e la diaria per convalescenza non sono cumulabili.</b>
<b>F) CONVALESCENZA DA INFORTUNIO</b> A seguito di un <i>ricovero</i> dovuto a <i>infortunio</i> , indennizzabile a termini di <i>polizza</i> , la <i>Società</i> corrisponderà, quale <i>convalescenza</i> , una diaria per un numero di giorni pari a quelli di <i>ricovero</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dal 1° al 30° giorno: una diaria pari ad un terzo dell'importo indicato per la "Diaria da <i>infortunio</i>";</li> <li>– dal 31° giorno: una diaria pari all'importo indicato per la "Diaria da <i>infortunio</i>".</li> </ul>	
<b>G) NEONATO</b> Per i nati durante la validità della <i>polizza</i> la garanzia opera gratuitamente fino alla prima scadenza anniversaria della <i>polizza</i> , anche per <i>malformazioni, difetti fisici</i> o <i>malattie</i> congenite, <b>sempreché la madre - che deve essere assicurata - non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione.</b> La copertura in favore del neonato cessa alla prima scadenza anniversaria della <i>polizza</i> e laddove venisse richiesta una nuova copertura malattie a favore del nato, decorso tale termine, la <i>Società</i> si riserva la facoltà di includere o meno in garanzia il neonato e in caso positivo di determinare le condizioni di <i>assicurazione</i> e il <i>premio</i> relativo. <b>Resta inteso che, per il periodo di <i>ricovero</i> per parto sarà dovuta la sola diaria di cui all'art. 7.1.1A).</b>		<b>Fino alla prima scadenza anniversaria della <i>polizza</i>.</b>

## 7.2 PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Operanti solo se espressamente richiamate nella *scheda di polizza*.

Evento/prestazione	Somma assicurata	Limiti di indennizzo
7.2.1 a) <b>CONVALESCENZA DA PARTO</b> A seguito di un <i>ricovero</i> dovuto a parto, indennizzabile a termini di <i>polizza</i> , la <i>Società</i> corrisponde, quale <i>convalescenza</i> , una diaria per un numero di giorni pari a quelli del <i>ricovero</i> stesso;	Importo pari alla metà della "Diaria da <i>malattia</i> ".	
7.2.1 b) <b>CONVALESCENZA DA MALATTIA</b> A seguito di un <i>ricovero</i> dovuto a <i>malattia</i> , indennizzabile a termini di <i>polizza</i> , la <i>Società</i> corrisponde, quale <i>convalescenza</i> , una diaria per un numero di giorni pari a quelli del <i>ricovero</i> stesso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dal 1° al 30° giorno: una diaria pari alla metà dell'importo indicato per la "Diaria da <i>malattia</i>".</li> <li>– dal 31° giorno: una diaria pari all'importo indicato per la "Diaria da <i>malattia</i>".</li> </ul> Sono riconosciuti un minimo di 7 giorni.	

Evento/prestazione	Somma assicurata	Limiti di indennizzo
<b>7.2.2 INGESSATURA (NON VALIDA PER I MINORI)</b> Nel caso di <i>infortunio</i> con conseguente ingessatura o applicazione di apparecchio terapeutico rigido e inamovibile e/o fissatore esterno, derivato da lesioni tendinee, frattura o lussazione degli arti o del tronco, la <i>Società</i> corrisponde una diaria dal giorno di applicazione risultante dal certificato medico rilasciato dal pronto soccorso al giorno di rimozione risultante dal certificato medico rilasciato dal pronto soccorso o da personale medico all'uopo abilitato. <b>Se l'<i>infortunio</i> comporta sia il ricovero che la gessatura, la diaria da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno della dimissione.</b>	Importo indicato pari alla "Diaria da <i>infortunio</i> "	<b>Massimo 50 giorni per ogni <i>infortunio</i></b>

### 7.3 DIARIA DA RICOVERO- FORMULA TOP (TPU)

#### 7.3.1 OGGETTO

La *Società* corrisponde una diaria per ogni giorno di *ricovero* dovuto a *malattia* o *infortunio* nella misura indicata nella seguente tabella.

#### FORMULA TOP (TPU)

Tipo diaria	025	050	075	100	125	150	175	200
Diaria da <i>malattia</i>	25 €	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €
Diaria da <i>infortunio</i>	37,5 €	75 €	112,5 €	150 €	187,5 €	225 €	262,5 €	300 €
Diaria da <i>Grandi Interventi Chirurgici</i> (come da Appendice 1)	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €

Inoltre sono compresi i seguenti eventi:

Evento/prestazione	Somma assicurata	Limiti di indennizzo
<b>A) PARTO</b> <i>Ricovero</i> relativo al parto naturale o cesareo.	Importo pari alla "Diaria da <i>malattia</i> "	
<b>B) DAY HOSPITAL</b> Per <i>Day Hospital</i> di durata superiore a 2 giorni, anche non consecutivi, purchè dalla documentazione della <i>struttura sanitaria</i> risulti che sono stati resi necessari dalla medesima causa.	Importo pari al 50% della "Diaria da <i>malattia</i> "	
<b>C) DAY SURGERY</b>	Importo pari ad un giorno dell'importo della diaria corrispondente	<b>Massimo di tre volte in un anno assicurativo.</b>
<b>D) ELISOCOORSO</b> Rimborso delle spese di trasporto in elisoccorso alla <i>struttura sanitaria</i> in Italia.	Fino alla concorrenza di 10 volte l'importo indicato per la "Diaria da <i>infortunio</i> ".	



Evento/prestazione	Somma assicurata	Limiti di <i>indennizzo</i>
<b>E) RIABILITAZIONE</b> Relativamente ai <i>ricoveri</i> per riabilitazione e/o prestazioni fisioterapiche, la <i>Società</i> corrisponde una diaria per un numero di giorni pari a quello del <i>ricovero</i> stesso.	Importo pari alla diaria corrispondente.	<b>Massimo 30 giorni per ricovero. La diaria per riabilitazione e la diaria per convalescenza non sono cumulabili.</b>
<b>F) CONVALESCENZA DA INFORTUNIO</b> A seguito di un <i>ricovero</i> dovuto a <i>infortunio</i> , indennizzabile a termini di <i>polizza</i> , la <i>Società</i> corrisponde, quale <i>convalescenza</i> , una diaria per un numero di giorni pari a quelli del <i>ricovero</i> stesso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dal 1° al 30° giorno: una diaria pari ad un terzo dell'importo indicato per la "Diaria da <i>infortunio</i>";</li> <li>– dal 31° giorno: una diaria pari all'importo indicato per la "Diaria da <i>infortunio</i>".</li> </ul> Sono riconosciuti un minimo di 7 giorni.	
<b>G) CONVALESCENZA DA PARTO</b> A seguito di un <i>ricovero</i> dovuto a parto, indennizzabile a termini di <i>polizza</i> , la <i>Società</i> corrisponde, quale <i>convalescenza</i> , una diaria per un numero di giorni pari a quelli del <i>ricovero</i> stesso.	Importo pari alla metà della "Diaria da <i>malattia</i> "	
<b>H) CONVALESCENZA DA MALATTIA</b> a seguito di un <i>ricovero</i> dovuto a <i>malattia</i> , indennizzabile a termini di <i>polizza</i> , la <i>Società</i> corrisponde, quale <i>convalescenza</i> , una diaria per un numero di giorni pari a quelli del <i>ricovero</i> stesso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dal 1° al 30° giorno: una diaria pari alla metà dell'importo indicato per la "Diaria da <i>malattia</i>".</li> <li>– dal 31° giorno: una diaria pari all'importo indicato per la "Diaria da <i>malattia</i>".</li> </ul> Sono riconosciuti un minimo di 14 giorni.	
<b>I) INGESSATURA (NON VALIDA PER I MINORI)</b> Nel caso di <i>infortunio</i> con conseguente ingessatura o applicazione di apparecchio terapeutico rigido e inamovibile e/o fissatore esterno, derivato da lesioni tendinee, frattura o lussazione degli arti o del tronco, la <i>Società</i> corrisponde una diaria dal giorno di applicazione risultante dal certificato medico rilasciato dal pronto soccorso al giorno di rimozione risultante dal certificato medico rilasciato dal pronto soccorso o da personale medico all'uopo abilitato. <b>Se l'<i>infortunio</i> comporta sia il <i>ricovero</i> che la gessatura, la diaria da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno della dimissione.</b>	Importo indicato per la "Diaria da <i>infortunio</i> ".	<b>Massimo 60 giorni per ogni <i>infortunio</i></b>
<b>L) NEONATO</b> Per i nati durante la validità della polizza la garanzia opera gratuitamente fino alla prima scadenza anniversaria della <i>polizza</i> , anche per <i>malformazioni, difetti fisici</i> o malattie congenite, <b>sempreché la madre - che deve essere assicurata - non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'<i>assicurazione</i>.</b> La copertura in favore del neonato cessa alla prima scadenza anniversaria della <i>polizza</i> e laddove venisse richiesta una nuova copertura malattie a favore del nato, decorso tale termine, la <i>Società</i> si riserva la facoltà di includere o meno in garanzia il neonato e in caso positivo di determinare le condizioni di <i>assicurazione</i> e il <i>premio</i> relativo. <b>Resta inteso che, per il periodo di <i>ricovero</i> per parto sarà dovuta la sola diaria di cui all'art. 7.3.1A).</b>		<b>Fino alla prima scadenza anniversaria della <i>polizza</i>.</b>

## 7.4 CONDIZIONI AGGIUNTIVE

Operanti solo se espressamente richiamate nella *scheda di polizza*.

### 7.4.1 DIARIA PER L'ACCOMPAGNATORE

Riconoscimento di una diaria per l'accompagnatore pari al 50% della diaria corrispondente per l'Assicurato e fino ad un massimo di 15 giorni per anno assicurativo.

### 7.4.2 PERSONE ASSICURABILI

L'assicurazione può essere sottoscritta da persone di età compresa tra 18 e 65 anni, tuttavia, con la presente condizione aggiuntiva, a parziale deroga dell'art. 9.1, la garanzia può essere estesa alla persona indicata indipendentemente dall'età. In caso di *assicurato* minore non trova applicazione il primo comma dell'art. 2.1 PROROGA DELL'ASSICURAZIONE – OBBLIGO AL RINNOVO DA PARTE DELLA SOCIETÀ. Tale comma rientra in vigore al raggiungimento della maggiore età con il conseguente adeguamento del *premio*. Tale condizione aggiuntiva è acquistabile previa valutazione da parte della *Società*.

### 7.4.3 ESTENSIONE DISCIPLINE SPORTIVE

A parziale deroga dell'art. 9.1 h), la garanzia viene estesa agli *infortuni* e le loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare e relative prove e allenamenti effettuate sotto l'egida della federazione sportiva di appartenenza della disciplina sportiva indicata nella *scheda di polizza*. Tale condizione aggiuntiva è acquistabile previa valutazione da parte della *Società*.

## 8. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



### 8.1 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La corresponsione della diaria avviene indipendentemente dalle spese sostenute.



#### Esempio di operatività della garanzia

##### 1) *Day surgery* a seguito di *infortunio*

Garanzia scelta "DIARIA DA RICOVERO - FORMULA STANDARD" con Tipo diaria 100  
Viene corrisposta la diaria da *infortunio* pari a € 150.

##### 2) *Ricovero* di 3 giorni con conseguente *convalescenza* in seguito a *malattia*

Garanzia scelta "DIARIA DA RICOVERO - FORMULA TOP" con Tipo diaria 200  
Viene corrisposta la diaria da *malattia* per i 3 giorni di *ricovero*, ovvero € 200x3=€600  
Viene riconosciuta inoltre la *convalescenza* da *malattia* col minimo di 14 giorni  
ovvero € 100 (50% della diaria da *malattia*) x 14 giorni= € 1.400  
In totale l'*indennizzo* sarà di € 600+ € 1.400= € 2.000

## 9. CHE COSA NON È ASSICURATO



### 9.1 ESCLUSIONI

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

L'*assicurazione* non vale per persone che, al momento della stipulazione della *polizza*, abbiano un'età inferiore a 18 anni o superiore a 65 anni, salvo quanto indicato all'art. 7.4.2 se richiamata in *scheda di polizza* tale condizione aggiuntiva.

L'*assicurazione* non comprende:

- a) le conseguenze dirette di *infortuni*, *malattie* e stati patologici, che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della *polizza* e già note all'*Assicurato* anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza della *Società* anche successivamente attraverso *cartelle cliniche*, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'*Assicurato* prima della stipulazione della *polizza*. L'eventuale assicurazione di tali situazioni fisiche e/o *malattie preesistenti* può essere prestata solo mediante specifica clausola che deve risultare esplicitamente in *polizza*. Anche in caso di passaggio a una *somma assicurata* superiore l'*Assicurato* non ha diritto alle maggiori prestazioni per *malattie* e/o *infortuni* e loro conseguenze manifestatesi nel corso della precedente versione di contratto, salvo specifica clausola che deve essere contrattualizzata in *polizza*.
- b) le *malformazioni* e anomalie congenite ad eccezione di quelle clinicamente non evidenti salvo quanto previsto agli artt. 7.1.1G) e 7.3.1L);
- c) le *malattie*, *infortuni*, e loro conseguenze dovuti a:
  - atti dolosi tentati o compiuti dall'*Assicurato*,
  - alcolismo e tossicodipendenza,
  - *malattie/infermità* mentali, sindromi organico cerebrali (di tipo psichiatrico), schizofrenia, disturbi paranoidei, forme maniaco depressive, ivi compresi i comportamenti nevrotici,
  - risse, delitti, aggressioni o atti violenti anche a movente politico (salvo partecipazione involontaria), atti di guerra, terrorismo e sabotaggio, operazioni militari, insurrezioni,
  - movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o altre calamità naturali,
  - *malattie* e *infortuni* che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.) salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- d) la sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, allucinogeni, anfetamine e simili, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- f) le conseguenze della pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti, anche se esercitati non professionalmente: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme e arti marziali, alpinismo con scalata di roccia od accesso ai ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, free-climbing, kayak, rafting, bungee jumping, bob, rugby e football americano, immersione con autorespiratore, motocross, libero accesso ai circuiti, paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi i voli con deltaplano, ultraleggeri e simili);
- g) le conseguenze di *infortuni* derivanti dalla guida di veicoli o natanti se il conducente assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi con un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,2 grammi/litro;

- h) gli *infortuni* e loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare, relative prove ed allenamenti effettuate sotto l'egida della federazione sportiva di appartenenza, salvo che si tratti di gare podistiche, pesca non subacquea, gare di bocce, tiro con l'arco, tennis, golf, sci di fondo, pattinaggio; sono inoltre esclusi gli *infortuni* e le loro conseguenze derivanti da sport in ordine ai quali l'*Assicurato* percepisca una remunerazione, salvo quanto indicato all'art. 7.4.3 se richiamata nella *scheda di polizza* tale condizione aggiuntiva;
- i) le prestazioni aventi finalità estetiche, fitoterapiche e dimagranti e le relative conseguenze (salvi gli interventi di chirurgia bariatrica resi necessari da uno stato patologico insorto in vigenza di *polizza* e gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da *infortuni* verificatisi in vigenza di *polizza* o da interventi demolitivi resi necessari da neoplasia maligna, esclusa, in ogni caso, la manutenzione delle protesi);
- j) le cure dentarie di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, con o senza *intervento chirurgico* anche se effettuate in *strutture sanitarie con ricovero*, cure parodontali, e le relative conseguenze anche patologiche; salvi i casi di cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di *infortunio*;
- k) i soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per *malattie* nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo, cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, ospedali militari, ospizi per le persone anziane, *ricoveri* dovuti alla necessità dell'*Assicurato* di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana. Sono inoltre esclusi i *ricoveri* per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, ginnastica passiva, sauna, autemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia;
- l) la riabilitazione e fisioterapia; la presente esclusione non si applica a quanto previsto agli artt. 7.1.1E) e 7.3.1E);
- m) gli aborti, salvo le cure per aborto terapeutico effettuate entro il territorio della Repubblica Italiana;
- n) le prestazioni finalizzate al trattamento della sterilità, impotenza, nonché tutte le procedure per la fecondazione assistita;
- o) la correzione dei difetti di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, ecc.).

## 9.2 CARENZE

Fermo il disposto dell'art. 2 DURATA DELLA COPERTURA, la garanzia decorre dalle ore 24.00:

- a) del giorno di effetto dell'*assicurazione* per gli *infortuni*;
- b) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le *malattie improvvise*;
- c) del 100° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le *malattie* che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche e *malformazioni* insorte anteriormente alla stipulazione della *polizza*, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di effetto dell'*assicurazione*;
- d) del 270° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per il parto e per le *malattie* dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette *malattie*, la garanzia decorre dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione*, purchè dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data.

Qualora il presente contratto sostituisca altro contratto - stipulato con la *Società* - senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi *Assicurati* ed identiche garanzie, i termini di carenza di cui sopra operano:

- a) dal giorno in cui aveva effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i *massimali/somme assicurate* da quest'ultimo previsti;
- b) dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori *somme assicurate* ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute in corso del presente contratto, i termini di carenza decorrono dalla data di variazione per le maggiori *somme assicurate* e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Per le *malattie* che si manifestino durante il periodo di carenza non è previsto alcun *indennizzo*. Qualora la *malattia* dovesse manifestarsi nuovamente dopo il periodo di carenza l'*Assicurato* avrà diritto alla garanzia solo quando siano trascorsi 3 mesi fra la guarigione clinica della *malattia* e la ricaduta.



## 10. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

I criteri ivi descritti sono validi soltanto per le garanzie scelte dall'Assicurato e indicate nella scheda di polizza.

*Blue Assistance*

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

DALL'ITALIA

DALL'ESTERO

Numero Verde  
**800-686472**

**+39 011 742 57 33**

### 10.1 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 9.2 CARENZE, per "data del sinistro" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.

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.

### 10.2 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve:

- sottoporsi, anche in fase di *ricovero*, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
- 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* all'estero 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.

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

### 10.3 PROCEDURA IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve:

- accedere alla propria area riservata dal sito <https://www.italiana.it>. per utilizzare la richiesta di *indennizzo* tramite upload con le modalità indicate all'art. 10.4, allegando la certificazione medica sulla natura della patologia, o dare, appena possibile, avviso scritto del sinistro a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza;
- fornire, in caso di *ricovero*, copia della cartella clinica completa o, in caso di ingessatura idonea documentazione che attesti la lesione sofferta, integrate eventualmente dalle copie delle prescrizioni, degli accertamenti, dei trattamenti e delle cure in genere, precedenti e successive alla prestazione sanitaria;

*Blue Assistance*, ricevuta la documentazione necessaria, se la prestazione è compresa in garanzia rimborsa entro 25 giorni le spese sostenute dall'Assicurato con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.

## 10.4 RICHIESTA DI RIMBORSO TRAMITE UPLOAD

L'Assicurato, se in possesso delle credenziali (e-mail e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di *indennizzo* unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria area riservata dal sito [www.italiana.it](http://www.italiana.it).

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di *indennizzo* potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo).

# SEZIONE ASSISTENZA

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di *malattia* o di *infortunio* verificatosi durante il periodo di validità dell'assicurazione o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, *Blue Assistance*, società di servizi specializzata nel settore sanitario, offre le prestazioni di seguito indicate.

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:

DALL'ITALIA



DALL'ESTERO

+39 011 742 57 33

- posta elettronica, all'indirizzo: [assistenza@blueassistance.it](mailto:assistenza@blueassistance.it)

COMUNICANDO:

- 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.

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

## 11. CHE COSA POSSO ASSICURARE



La *Società* assicura le persone indicate nella *scheda di polizza* e presta le garanzie sottoindicate solo se esplicitamente richiamate nella *scheda di polizza*.

### 11.1 ASSISTENZA

#### 11.1.1 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia* necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto, direttamente o tramite il proprio medico curante, con i medici della *Centrale Operativa* che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore. Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche. Il servizio opera 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

#### 11.1.2 INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO IN ITALIA

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia*, necessiti di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la *Centrale Operativa*, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato, o nel luogo in cui questi si trova, purché sempre in Italia, a spese della *Società* un medico. In caso di impossibilità da parte del medico ad intervenire personalmente, la *Centrale Operativa* organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento mediante autoambulanza dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino.

### 11.13 INVIO DI UN INFERMIERE A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un *ricovero* in ospedale a seguito di *infortunio* o *malattia*, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la *Centrale Operativa* procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa agevolata, assumendone la *Società* l'onorario fino ad un massimo di € 200 per *sinistro*.

### 11.14 CONSEGNA MEDICINALI ED ARTICOLI SANITARI URGENTI A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia*, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio, o dal luogo in cui si trova, per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la *Centrale Operativa*, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'Assicurato.

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.

### 11.15 CONSEGNA SPESA A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, a seguito di un *ricovero* in *struttura sanitaria* superiore a 5 giorni per *infortunio* o *malattia*, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la *Centrale Operativa*, nei primi 15 giorni di convalescenza post-*ricovero*, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la *Società* a proprio carico il compenso di due ore ad intervento e per un massimo di tre invii per ogni periodo post-*ricovero*. I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato. 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.

### 11.16 COLLABORATRICE FAMILIARE

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia*, sia stato ricoverato in *struttura sanitaria* per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la *Centrale Operativa* segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la *Società* a carico il relativo costo fino ad un massimo di € 200 per *sinistro*.

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

### 11.17 TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA IN ITALIA

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia*, necessiti di essere trasportato dalla *struttura sanitaria* presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, la *Centrale Operativa* provvederà ad inviare direttamente un'autoambulanza, tenendo la *Società* a proprio carico la relativa spesa.

### 11.18 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia*, risulti non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della *Centrale Operativa*, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la *Centrale Operativa* provvederà:

- a) a individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, la *struttura sanitaria* in Italia o all'estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- b) ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
  - aereo sanitario;
  - aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
  - treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
  - autoambulanza, senza limiti di chilometraggio.



La *Centrale Operativa* utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.

c) ad assistere l'*Assicurato* durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della *Centrale Operativa*.

La *Società* terrà a proprio carico le relative spese.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'*Assicurato*, le terapie riabilitative, nonché le *malattie* infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali ed internazionali.

### 11.19 RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Quando l'*Assicurato*, in conseguenza della prestazione di cui all'art. 11.1.8 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la *Centrale Operativa* provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della *Centrale Operativa* stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'*Assicurato*:

- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio.

Il trasporto è interamente organizzato dalla *Centrale Operativa* ed effettuato a spese della *Società*, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della *Centrale Operativa*.

La *Società* terrà a proprio carico le relative spese.

L'*Assicurato* deve comunicare alla *Centrale Operativa* la *struttura sanitaria* presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la *Centrale Operativa* possa stabilire i necessari contatti.

Le prestazioni di cui agli artt. da 11.1.10 a 11.1.18 che seguono sono fornite esclusivamente a seguito di *sinistri verificatisi* ad oltre 50 km dal Comune di residenza dell'*Assicurato*.

#### 11.1.10 RIENTRO SANITARIO

Qualora, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, le condizioni dell'*Assicurato*, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della *Centrale Operativa* ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto nella *struttura sanitaria* più idonea al suo stato di salute ovvero l'*Assicurato* debba essere trasferito in un *struttura sanitaria* attrezzata in Italia o alla sua residenza in Italia, la *Centrale Operativa* provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario;
- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio.

La *Centrale Operativa* utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.

Il trasporto è interamente organizzato dalla *Centrale Operativa* ed effettuato a spese della *Società*, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della *Centrale Operativa* stessa.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'*Assicurato* di proseguire il viaggio. La prestazione, inoltre, non è dovuta qualora l'*Assicurato* o i familiari dello stesso addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'*Assicurato* è ricoverato.

#### 11.1.11 RIENTRO CON UN FAMILIARE

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'*Assicurato*, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui all'art. 11.1.10 che precede, ed i medici della *Centrale Operativa* non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la *Centrale Operativa* organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'*Assicurato*. La *Società* terrà a proprio carico il relativo costo.

#### 11.1.12 ANTICIPO SPESE MEDICHE.

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la *Centrale Operativa* pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di € 1.000 per sinistro.

La prestazione non è operante:

- nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della *Centrale Operativa*;
  - se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia, vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;
  - se l'Assicurato non è in grado di fornire alla *Centrale Operativa* garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.
- L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre la somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

#### 11.1.13 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, necessiti di un ricovero in struttura sanitaria per un periodo superiore a 7 giorni, la *Centrale Operativa* metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

#### 11.1.14 ACCOMPAGNAMENTO DI MINORI

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, accompagnato da minori di 15 anni si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro, la *Centrale Operativa* provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere ad un familiare convivente, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico le relative spese. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

#### 11.1.15 AUTISTA A DISPOSIZIONE

Qualora l'Assicurato si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, comprovato da certificazione medica scritta, e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la *Centrale Operativa* metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'Assicurato stesso, secondo l'itinerario più breve. La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'autista fino a un massimo di € 500 per sinistro, mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative a carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, ecc.).

Nel caso in cui l'Assicurato rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dov'è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la Carta Verde.

#### 11.1.16 PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa* comprovato da certificazione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in Italia alla data stabilita, la *Centrale Operativa*, ricevuta la sua comunicazione, organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo (limitatamente al pernottamento e alla prima colazione), tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 10 giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di € 60 al giorno.

Al suo rientro l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

#### 11.1.17 RIENTRO SALMA

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, sia deceduto, la *Centrale Operativa* organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 3.000 per sinistro, ancorché siano coinvolti più assicurati.

Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui in Italia la *Centrale Operativa* avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

#### **11.1.18 INTERPRETE A DISPOSIZIONE**

Se l'*Assicurato* viene ricoverato all'estero, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, e ha difficoltà a comunicare in lingua locale, la *Centrale Operativa* provvederà ad inviare un interprete tenendo a proprio carico il costo della prestazione fino ad un massimo di 8 ore lavorative.

#### **11.1.19 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

##### **A. Ospedalizzazione domiciliare**

In caso di *ricovero* dell'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia* che abbia comportato un *ricovero* di almeno 8 giorni, la *Centrale Operativa* organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del *ricovero* in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni.

Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della *Centrale Operativa* in accordo con i medici curanti dell'*Assicurato*. La *Centrale operativa* dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo rispetto al momento delle dimissioni.

I costi sono a carico della *Società*.

##### **B. Servizi Sanitari**

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia* che abbia comportato un *ricovero* di almeno 8 giorni, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami o della consegna di farmaci urgenti, la *Centrale Operativa*, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dalla *struttura sanitaria*.

##### **C. Servizi non Sanitari**

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia* che abbia comportato un *ricovero* di almeno 8 giorni se con *intervento chirurgico* o di almeno 12 giorni se senza *intervento chirurgico*, non possa lasciare il proprio domicilio, la *Centrale Operativa*, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dalla *struttura sanitaria*.

#### **11.1.20 MEDICAL ADVICE PROGRAM**

(in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali).

Qualora l'*Assicurato*, a seguito di *infortunio* o *malattia*, per i quali sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della *Centrale Operativa*, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto telefonico con l'*Assicurato*, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita, nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di *Centri di eccellenza* facenti parte del Network Salute.

L'*Assicurato* dovrà telefonare alla *Centrale Operativa* che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, a cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei *Centri di eccellenza* del Network Salute.

##### **A. Consulenza medica di secondo livello**

I medici della Centrale di Telemedicina, valutata la richiesta dell'*Assicurato*, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e potrà essere definita, dove richiesta, una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici (Check-up).

## B. Attivazione della rete nazionale di *Centri di eccellenza*

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della *Centrale Operativa* si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'*Assicurato*, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti dei *Centri di eccellenza*. Tutti i dati clinici saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri medici di riferimento.

Il Centro medico di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei medici specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della *visita specialistica* saranno a carico della *Società* così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 200 per *sinistro*.

I medici specialisti dei *Centri di eccellenza* formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Centrale di Telemedicina la quale, a sua volta, la trasmetterà all'*Assicurato*, aiutandolo, ove occorra, ad interpretarla. La *Società* terrà a proprio carico tutti i costi.

## C. Attivazione del secondo parere internazionale

Qualora, su indicazione dei medici della *Centrale Operativa* o di quelli dei *Centri di eccellenza* nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della *Centrale Operativa* al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale.

Tale servizio prevede la raccolta della documentazione dell'*Assicurato*, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del Centro internazionale.

# 12. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



Ciascuna prestazione è operativa fino ad un massimo di tre volte per ciascun tipo ed anno assicurativo.

In caso di permanenza continuativa all'estero, la garanzia Assistenza è operante fino a 60 giorni per anno assicurativo.

# 13. CHE COSA NON È ASSICURATO



La *Società* non eroga le prestazioni qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta o indiretta di:

- a) *malattie* preesistenti alla stipulazione di *polizza*;
- b) *infortuni* e/o disturbi in atto al momento della partenza e/o della decorrenza della *polizza*, e noti all'*Assicurato*;
- c) forme maniaco depressive, disturbi paranoici, schizofrenia, epilessia, sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- d) prestazioni aventi finalità estetiche e relative conseguenze;
- e) guerra, insurrezione, operazioni militari, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- f) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- g) abuso di alcool e/o psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni o comunque volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- h) uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in allenamenti, gare, corse e relative prove nonché libero accesso ai circuiti e atti di temerarietà;

- i) movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, e altre calamità naturali se è stato dichiarato lo "stato di calamità naturale";
- j) atti dolosi compiuti o tentati dell'Assicurato;
- k) *infortuni* derivanti dalla pratica di sport aerei in genere;
- l) *infortuni* derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

Le prestazioni non sono fornite in quei paesi che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

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



## 14. TABELLA INDICATIVA DEI LIMITI

Prestazione	Limite/ Massimale
Invio di un infermiere a domicilio	€ 200 per <i>sinistro</i>
Consegna spesa a domicilio	Utilizzabile nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero. Due ore ad intervento per un massimo di tre invii per ogni periodo post ricovero
Collaboratrice familiare	€ 200 per <i>sinistro</i>
Rientro sanitario	Oltre 50 km dalla residenza
Rientro con un familiare	Oltre 50 km dalla residenza
Anticipo spese mediche	Oltre 50 km dalla residenza. € 1.000 per <i>sinistro</i>
Viaggio di un familiare	Oltre 50 km dalla residenza
Accompagnamento minori	Oltre 50 km dalla residenza
Autista a disposizione	Oltre 50 km dalla residenza. € 500 per <i>sinistro</i>
Prolungamento del soggiorno	Oltre 50 km dalla residenza. Massimo di 10 giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di € 60 al giorno
Rientro salma	Oltre 50 km dalla residenza. € 3.000 per <i>sinistro</i>
Interprete a disposizione	Oltre 50 km dalla residenza. Massimo 8 ore lavorative dell'interprete.
Assistenza Domiciliare Integrata	Massimo 30 giorni dalla dimissione dalla <i>struttura sanitaria</i>
Medical Advice Program	Costi della visita specialistica e spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 200 per <i>sinistro</i>



## 15. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

---

### 15.1 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 a far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni.

### 15.2 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 od 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.

### 15.3 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 1 - ELENCO *GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI*

---

## CRANIO

- Asportazione di neoplasie endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico.
- Operazioni per encefalo meningocele.

## FACCIA E BOCCA

- Plastica per paralisi di nervo facciale.
- Parotidectomia con conservazione del facciale.
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento ganglionare contemporaneo.
- Interventi per tumori maligni della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare.
- Fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolare<sup>4</sup>.
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne.
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario.
- Resezione del mascellare superiore.
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario.

## COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne.
- Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo.
- Interventi sulle paratiroidi.

## TORACE

- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare.
- Interventi sul mediastino per tumore.
- Interventi sul mediastino per ascessi.
- Resezioni segmentarie e lobectomia.
- Pneumectomia.
- Decorticazione polmonare.
- Pleuro pneumectomia.
- Toracectomia.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi.
- Resezione bronchiale con reimpianto.

## TUBERCOLOSI POLMONARE

- Interventi per fistole bronchiali cutanee.
- Asportazione del timo.
- Toracoplastica totale.

## CHIRURGIA CARDIACA

- Pericardiectomia parziale e totale.
- Interventi per corpi estranei nel cuore.
- Commisurotomia.
- Interventi sul cuore in circolazione extra corporea e ipotermia (oltre l'intervento casuale).
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare.
- Valvuloplastica della mitrale o dell'aorta.
- Sostituzione valvolare (escluso protesi).
- Infartectomia in fase acuta.

- Resezione di aneurisma del ventricolo sinistro.
- By-pass aortocoronarico con vena.
- By-pass aorto-coronarico e resezione di aneurisma del ventricolo sinistro.
- Impianto di arteria mammaria secondo Vineberg, singolo e doppio.
- Impianto di pace-maker epicardio per via toracotomica o frenicopericardica (escluso pace-maker).
- Asportazione dei tumori endocavitari del cuore.
- By-pass aorto biliaco o bifemorale

#### **ESOFAGO**

- Interventi per diverticolo dell'esofago toracico.
- Resezione dell'esofago cervicale.
- Collocazione di protesi endoesofagea per via toracolaparatomica.
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria.
- Mediastinotomia soprasternale per enfisema mediastinico.
- Operazioni sull'esofago con resezioni parziali basse, parziali alte, totali.

#### **ERNIE**

- Intervento per ernie diaframmatiche.

#### **PERITONEO**

- Occlusione intestinale di varia natura con resezione intestinale o con invaginazione intestinale.

#### **STOMACO E DUODENO**

- Gastro-enterostomia.
- Resezione gastrica.
- Gastrectomia totale.
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica.
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica.
- Cardiomiectomia extramucosa.

#### **INTESTINO**

- Resezione del tenue.
- Resezione ileo-cecale.
- Colectomia segmentaria.
- Colectomia totale.
- Entero anastomosi.

#### **RETTO-ANO**

- Amputazione del retto per via sacrale.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale, in uno o più tempi.

#### **FEGATO E VIE BILIARI**

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco.
- Resezione epatica.
- Epatico e coledocotomia.
- Colectistectomia.
- Papillotomia per via transduodenale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrotomia, colecistoenterostomia).



## **PANCREAS E MILZA**

- Interventi di necrosi acuta del pancreas.
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas enucleazione delle cisti, marsupializzazione.
- Interventi per fistole pancreatiche.
- Interventi demolitivi del pancreas della testa, della coda, totale.
- Splenectomia.
- Anastomosi portacava, spleno-renale.
- Anastomosi mesenterica-cava.

## **SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO**

### **a) Neurochirurgia**

- Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta.
- Lobotomia ed altri interventi di psichirurgia.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari.
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Emisferectomia.

### **b) Simpatico e vago**

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanici.
- Intervento sul simpatico lombare per gangliectomia lombare e spalicectomia.
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale.

### **c) Nervi**

- Anastomosi spino-facciale e simili.

## **VASI**

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco branchio-cefalico, iliache.
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima.
- Disostruzione by-pass aorta addominale.
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca.
- Resezione arteriosa con plastica vasale.
- Interventi per innesti di vasi.
- Operazione sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.

## **PEDIATRIA**

- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).

## **ORTOPEDIA**

- Disarticolazione interscapolo-toracica.
- Emipelvectomia.
- Vertebrotonomia
- Artroprotesi di anca, tibia, tarsico, polso ginocchio, gomito (escluso protesi) - Intervento per ernia del disco intervertebrale.

## **UROLOGIA**

- Intervento per fistola vescico-rettale.
- Cistectomia totale con uretero sigmoidostomia.
- Ileocisto plastica.
- Colicisto plastica.
- Cistectomia parziale, totale con ureterosigmoidostomia.
- Prostatectomia sottocapsulare per adenoma.

- Prostatectomia radicale per carcinoma.
- Intervento per fistola vescico-intestinale.
- Intervento per estrofia della vescica.
- Nefrectomia semplice e allargata per tumore.
- Nefroureterectomia totale.
- Trapianto renale.
- Resezione renale.

#### **APPARATO GENITALE MASCHILE**

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia.
- Amputazione totale con svuotamento delle regioni inguinali.
- Emasculazione totale.

#### **GINECOLOGIA-OSTETRICIA**

- Intervento vaginale ed addominale per incontinenza urinaria.
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale, ureterale, retto vaginale.
- Metroplastica.
- Riduzione per "vaginam" di spostamenti uterini.
- Interventi radicali per tumori maligni vulvari e vaginali.
- Pannisterectomia radicale per via addominale e per via vaginale.
- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy totale.
- Laparotomia per rotture di utero.

#### **OCULISTICA**

- Trapianto corneale a tutto spessore.
- Operazione di Kronlein od orbitotomia.
- Operazioni fistolizzanti combinate per glaucoma.
- Iridocicloretrazione.
- Trabeculoctomia.
- Cerchiaggio o resezione sclerale per distacco.

#### **OTORINOLARINGOIATRIA**

- Chirurgia della sordità otosclerotica.
- Chirurgia translabyrinthica delle vertigini.
- Antroatticotomia.
- Antroatticotomia con trapanazione del labirinto.
- Operazioni trasmastoidee e sul facciale.
- Decompressione del nervo facciale.
- Decompressione del nervo facciale con innesto o rafia.
- Resezione del nervo petroso superficiale.

#### **LARINGE**

- Laringectomia orizzontale sopraglottica.
- Laringectomia parziale verticale.
- Laringectomia totale.
- Faringolaringectomia.

#### **RIENTRANO NEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

- Trapianto ed espianto di organi.

## ARTICOLI DI LEGGE

---

### **ART. 1892 C.C. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE**

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

### **ART. 1893 C.C. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE**

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

### **ART. 1894 C.C. ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI**

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.

### **ART. 1898. C.C AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

### **ART. 1901 C.C. MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO**

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

#### **ART. 1910 C.C. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI**

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

#### **ART. 1913 C.C. AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO**

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)

#### **ART. 1916 C.C. DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE**

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

#### **ART. 2952. C.C. PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE.**

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.



# BENVENUTI IN ITALIANA

## 800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

[benvenutitaliana@italiana.it](mailto:benvenutitaliana@italiana.it)



Mod. MAL50081



REALE GROUP

TOGETHER MORE **130°**

**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](mailto:italiana@pec.italiana.it) [www.italiana.it](http://www.italiana.it) - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - [benvenutitaliana@italiana.it](mailto: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 al Gruppo Reale Mutua iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.



Il presente documento è stampato su carta certificata FSC®. Il marchio FSC® identifica i prodotti contenenti legno provenienti da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.